

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

370
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-François ROQUES

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 29 Juillet 1927, à Tamatave (Madagascar)

Présentée et soutenue publiquement le 18 mai 1960

**Le rétablissement de la continuité digestive
après résections colorectales larges
pour polypose et rectocolite ulcéro-hémorragique**

Président : M. MOULONGUET, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1960

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : ROQUES

Prénom : JEAN-FRANÇOIS

Date de soutenance : 19 mai 1960

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

ROQUES (JEAN-FRANÇOIS) —
Le rétablissement de la continuité digestive après résections colorectales larges pour polypose et rectocolite ulcéro-hémorragique. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1960, in-8°, 131 p., 6 pl.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1960, N°).

ROQUES (JEAN-FRANÇOIS) —
Le rétablissement de la continuité digestive après résections colorectales larges pour polypose et rectocolite ulcéro-hémorragique. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1960, in-8°, 131 p., 6 pl.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1960, N°).

ROQUES (JEAN-FRANÇOIS) —
Le rétablissement de la continuité digestive après résections colorectales larges pour polypose et rectocolite ulcéro-hémorragique. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1960, in-8°, 131 p., 6 pl.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1960, N°).

ROQUES (JEAN-FRANÇOIS) —
Le rétablissement de la continuité digestive après résections colorectales larges pour polypose et rectocolite ulcéro-hémorragique. — Paris, Imp. R. Foulon et Cie, 1960, in-8°, 131 p., 6 pl.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1960, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553824_0006

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1960

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-François ROQUES

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 29 Juillet 1927, à Tamatave (Madagascar)

Présentée et soutenue publiquement le 19 mai 1960

**Le rétablissement de la continuité digestive
après résections colorectales larges
pour polypose et rectocolite ulcéro-hémorragique**

Président : M. MOULONGUET, Professeur



IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1960

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART-D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLÉRY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHET (C.), SÈNEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique . .	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports .	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale . . .	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et méd. préven. .	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale . .	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire . .	TURIAF (J.)
Pathol. et thérap. générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée .	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)

Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

<i>Cliniques :</i>	
— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiol. (Broussais) . . .	SOULIÉ (P.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.); - <i>Cochin</i> : LEGER (L.); - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.); - <i>Pitié</i> : CORDIER (G.); - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.); - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.); - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

<i>Cliniques :</i>	
— Génétique médicale (En- fants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca). .	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) . .	DEGOS (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) . .	DELAY (J.)
— malad. metab. (Necker)	HAMBURGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière) . .	CASTAIGNE (P.)

Cliniques :

MM.

- médicales : *Broussais* : MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.); - *Cochin* : BROUET (G.); - *Hôtel-Dieu* : BARIÉTY (M.); - *Lariboisière* : SÈZE (S. DE); - *Pitié* : DREYFUS (G.); - *Saint-Antoine* : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).
- d'hydrologie et de climatologie (Bichat) .. DEBRAY (Ch.)
- médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) .. MARIE (J.)
- médicale propédeutique (Broussais) .. JUSTIN-BESANÇON (L.)
- médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) .. DEROT (M.)
- neuro-chirurgie (Pitié) .. DAVID (M.)
- neurolog. (Salpêtrière) .. GARCIN (R.)
- obstétricales : *Baudelocque* : LACOMME (M.); - *Foch* (Suresnes) : MERGER (R.).
- obstétricale et gynécol. (Port-Royal) .. VARANGOT (J.)
- ophtalmol. (Hôtel-Dieu) .. RENARD (G.)
- » (Cochin) .. OFFRET (G.)
- oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) .. AUBRY (M.)

Cliniques :

MM.

- pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) N...
- pneumo-phthisiologie (Laennec) .. BERNARD (E.)
- neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .. MICHAUX (L.)
- rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .. COSTE (F.)
- stomato. (Salpêtrière) .. DECHAUME (M.)
- thérapeutique chirurg. (Vaugirard) .. ROUX (M.)
- thérapeutique médicale (Saint-Antoine) .. LEMAIRE (A.)
- toxicologique .. GAULTIER (M.)
- urologique (Cochin) .. ABOULKER (P.)
- chirurg. orthopédique et traumatologique .. PADOVANI (P.)
- Séméiologie médicale .. DOMART (A.)
- Séméiologie et clinique chirurgicales .. POILLEUX (F.)
- Séméiologie traumatique et orthopédique .. JUDET (R.)
- Clinique urolog. (Necker) .. COUVELAIRE (R.)
- Hygiène et clinique de la 1^{re} enfance (Trousseau) N...

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

- Hydrologie et climatologie .. GIBERTON (A.)
- Maladies infectieuses .. BASTIN (R.)
- Oto-Rhino-Laryngologie .. MADURO (R.)
- Pneumo-Phthisiologie .. KREIS (B.)

- Médecine : AZERAD (E.); BOUR (H.); LAMBLING (A.); LHERMITTE (F.); PEQUIGNOT (H.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).
- Rhumatologie .. DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie : MM. CABROL (C.); COLINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).

Anatomie pathologique : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) *pr. s. ch.* MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *pr. s. ch.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie : Mme DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).

Bactériologie : MM. BARBIER (P.); *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale : MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.), *pr. s. ch.*; CORNILLON (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); JÉRÔME (H.); KRUH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Biologie médicale : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.), *pr. s. ch.*

Carcinologie : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Cardiologie : M. HATT (P.-Y.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).

Electro-Radiologie : MM. HEITZ (F.), *m. conf.*; LEDOUX-LEBARD (G.).

Embryologie : M. ROUX (Ch.).

Hématologie : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie : MM. COUJARD (R.), *p. s. ch.*; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).

Hydrologie : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).

Maladies métaboliques : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHEL (G.); SEBAOUN (J.).

Médecine légale : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du Travail : M. ALBAHAY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Neuro-Psychiatrie : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOUROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBOULLET (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).

Obstétrique : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOBROUTSKY (M^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie : M^{mes} AUVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SERGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).
Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURRY (C.); DEBRAY (J.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ALISON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);
Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).
Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAURENT (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.);
Physique médicale : MM. CHANTEUR (J.); COURSA-GET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*
Pneumo-phthisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAEL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.).
Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.); FLAVIGNY (H.).
Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).
Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).
Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).
Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).
Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).
Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).
Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).
Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).
Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).
Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).
Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
 Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
 Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.).
 Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR N. ROQUES

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE MÉDECIN GÉNÉRAL PAUL ROQUES

Commandeur de la Légion d'Honneur

Associé National de l'Académie de Chirurgie

Mort pour la France

*Sa lumineuse intelligence l'avait ouvert
aux délicatesses du cœur, aux finesses de
l'art, aux prouesses de la chirurgie.*

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOULONGUET

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière
Membre de l'Académie de Chirurgie
Membre de l'Académie Nationale de Médecine

En témoignage de mon respectueux attachement et de ma sincère reconnaissance pour l'accueil bienveillant et le clair enseignement que j'ai reçu auprès de lui.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. LOYGUE

Chirurgien des Hôpitaux

*En témoignage de ma sincère gratitude
pour la confiance qu'il m'a faite en me
soumettant ce sujet de thèse, et de ma vive
admiration pour l'exemple de rigueur chi-
rurgical qu'il nous a donné.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. SOUPAULT

Chirurgien des Hôpitaux

*Par qui j'ai eu le privilège d'être initié
à la chirurgie.*

Ses encouragements m'ont été très précieux.

*Les observations contenues dans cette étude sont dues
à l'obligeance de :*

- MONSIEUR LE DOCTEUR AUDOUIN
- MONSIEUR LE DOCTEUR CHAMPEAU
- MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COMTE
- MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. LOYGUE
- MONSIEUR LE DOCTEUR PINEAU
- MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THOMERET

*Nous prions ces auteurs d'accepter nos remerciements
pour l'aide qu'ils nous ont apportée et la confiance
qu'ils nous ont témoignée.*

A MON AMI HAEGEL

*Qui a bien voulu reproduire les schémas
de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOURBE

Directeur de l'Hôpital Universitaire de Paris

*En témoignage de ma reconnaissance et
de mon fidèle attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GOSSET

MONSIEUR LE DOCTEUR CATINAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

MONSIEUR LE PROFESSEUR JACQUELIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREAU

EXTERNAT EN PREMIER :

MONSIEUR LE DOCTEUR J. SALLET

INTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. JUDET

MONSIEUR LE DOCTEUR R. SOUPAULT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOULONGUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. LOYGUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR B. FEY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAUCHOIX

MONSIEUR LE PROFESSEUR MATHEY

INTRODUCTION

La polypose rectocolique et la rectocôlite ulcéro-hémorragique entraînent habituellement des lésions diffuses de l'intestin terminal. Elles nécessitent donc fréquemment des exérèses coliques ou côlo-rectales étendues.

Le rétablissement de la continuité digestive, dans le but de conserver la fonction sphinctérienne, soulève des problèmes techniques de difficultés variables selon l'étendue de la résection. Ses indications restent d'ailleurs très controversées.

De nombreux auteurs, surtout de langue anglaise, penchent pour une attitude quasi systématiquement radicale. Ils avancent, avec des arguments statistiques d'importance supérieure aux nôtres du fait de la rareté de ces affections en France, que seule la rectocôlectomie totale suivie d'iléostomie abdominale définitive permet d'obtenir une guérison sûre et stable, en évitant les risques de récidence du processus ulcéro-hémorragique ou ceux de la dégénérescence maligne. D'autre part, ils soutiennent que sur le plan fonctionnel, l'iléostomie est remarquablement tolérée, permettant une reprise normale de l'activité avec une parfaite réhabilitation des opérés dans la plupart des cas.

A l'opposé, d'autres chirurgiens se sont efforcés de ne recourir à l'iléostomie définitive que par nécessité. Ils ont tenté, avec des difficultés variables selon les cas, de rétablir la continuité digestive dans l'espoir d'obtenir, avec la guérison, une fonction sphinctérienne satisfaisante. Les difficultés qu'ils ont rencontrées, les risques opératoires, l'inégalité des résultats fonctionnels obtenus ont fait peser un lourd discrédit sur ces méthodes dites conservatrices.

Ce souci de conservation est pourtant des plus légitimes si l'on retient le fait que ces affections atteignent habituellement des sujets jeunes, ou même des adolescents, porteurs de lésions non malignes. Si certains d'entre eux ont eu à subir les méfaits déjà anciens de leur maladie, beaucoup, en particulier au cours de la polypose, n'ont présenté que quelques troubles mineurs et sont totalement opposés à l'idée d'une mutilation importante soldée par un anus iliaque définitif.

Enfin, l'*iléostomie*, qui a certes bénéficié des progrès de la technique ces dernières années, ne reste cependant pas exempte de *diverses complications* possibles, occlusions, ulcérations cutanées, prolapsus, sténose, fistules... Aussi parfaite d'ailleurs que soit l'adaptation, l'iléostomie reste indéniablement une infirmité.

Ces deux tendances thérapeutiques ont chacune leurs avantages et leurs inconvénients. Le *choix* est d'autant plus difficile que de trop nombreuses inconnues subsistent sur ces deux affections : pronostic évolutif lointain de la rectocolite ? potentiel de malignité dans les deux cas ? et ceci explique déjà les divergences d'opinions. Sur ce terrain imprécis, les arguments statistiques ne paraissent pas éclairer suffisamment les problèmes pour dicter une conduite univoque. En ces deux affections, plus que beaucoup d'autres, l'*éclectisme*, la discussion à propos de chaque cas est légitime.

C'est pourquoi nous avons pensé que le rapport de quelques observations, sans avoir la prétention d'apporter une solution au problème, était susceptible de dégager des arguments pour ou contre la conservation sphinctérienne, dans les différentes éventualités anatomo-cliniques de ces affections et d'en *déterminer les meilleures modalités*.

Nous avons réuni 22 observations de rectocolite ulcéro-hémorragique et 6 de polypose. Différentes exérèses ont été pratiquées et 26 fois le rétablissement de la continuité opéré.

Notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé J. LOYGUE, a bien voulu, en nous soumettant ce sujet, nous confier ses observations personnelles et nous éclairer de ses conseils à propos de 11 rectocolites ulcéro-hémorragiques et 4 polyposes.

Nous rapportons également :

- 2 observations de notre Maître, Monsieur R. SOUPAULT ;
- 7 observations de Messieurs CHAMPEAU et PINEAU ;
- 2 observations de Monsieur le Docteur AUDOUIN ;
- 1 observation de Monsieur le Professeur Agrégé THOMERET ;
- 1 observation de Monsieur le Professeur Agrégé M. COMTE.

Nous prions les auteurs de ces observations de recevoir nos remerciements pour l'aide qu'ils nous ont apportée et la confiance qu'ils nous ont témoignée.

Le BUT de cette étude est donc de tenter d'apprécier les LIMITES et les INDICATIONS du rétablissement de continuité digestive dans ces deux affections.

Le plan sera le suivant :

CHAPITRE I — Exposé purement *technique* des différents modes de rétablissement en fonction des différentes exérèses.

CHAPITRE II — Leur étude en *fonction de l'étiologie*.

Dans le cadre de la *rectocôlite ulcéro-hémorragique*, puis ensuite de la *polypose*, nous envisagerons les différentes méthodes.

A propos de chacune, nous étudierons :

- les indications ;
- les risques ;
- les arguments de justification de ces méthodes ;
- les résultats de chacune relevés dans la littérature et ceux des observations rapportées ici ;
- les conclusions tirées en cours d'étude seront résumées enfin en un chapitre de :

CHAPITRE III — Résultats et conclusions générales.

CHAPITRE I

TECHNIQUES DU RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE INTESTINALE APRES EXERESSES COLIQUES OU COLORECTALES

A. — GÉNÉRALITÉS

Aux différents types d'exérèse correspondent différents modes de rétablissement. Nous envisagerons successivement les éventualités suivantes :

1) La *rectocôlectomie*, ou proctocôlectomie, comportant l'exérèse de tout le côlon et de l'ampoule rectale, et suivie de rétablissement *iléo-anal*. Nous en rapprocherons la *rectocôlectomie* partielle, qui conserve en plus un manchon musculaire ampullaire ; le rétablissement est alors réalisé par un abaissement *iléal trans-ano-rectal*.

2) La *côlectomie totale*, enlevant le côlon jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne, et suivie d'*anastomose iléo-rectale*. Nous en rapprocherons la *côlectomie subtotale d'aval*, où la section inférieure porte sur le sigmoïde, avec anastomose iléo-sigmoïdienne.

3) La *côlectomie subtotale d'amont*, où l'exérèse respecte, en amont, tout ou partie du cæco ascendant. Le segment colique droit conservé est basculé et abaissé au bout distal qui, selon les cas, peut être *rectal* ou simplement *anal*. (Suivant qu'une partie d'ampoule rectale est conservée ou non, on pourrait d'ailleurs définir la *côlectomie subtotale d'amont* et la *rectocôlectomie subtotale d'amont*.)

4) Enfin, nous envisagerons brièvement les *hémicôlectomies* et les *côlectomies segmentaires* qui, sur le plan technique, ne posent pas de problèmes particuliers, ni du point de vue de l'exérèse ni de celui de l'anastomose. La garantie d'une fonction sphinctérienne est également assurée dans ces cas.

Ces interventions nécessitent, dans la mesure du possible, une *préparation intestinale* et *générale* des malades, une *réanimation soignée*, autant de notions maintenant classiques sur lesquelles il est inutile d'insister.

A propos de la *technique opératoire en général*, nous voudrions rappeler la notion suivante : il s'agit de côlectomies pour *lésions non malignes*, sauf dans les rares exceptions où cette complication a pu se développer. Il n'est donc habituellement pas nécessaire de décoller largement les segments accolés ; la section des mésos et les *ligatures vasculaires* peuvent porter près de l'intestin. Au niveau du rectum, la libération passe au plus près des tuniques pour éviter de léser les pédicules génito-vésicaux, contrairement à l'amputation pour cancer. Les surfaces dépéritonisées le long du cadre colique sont donc réduites au minimum. Leur recouvrement peut être obtenu facilement aux dépens du péritoine pariétal et des mésos. Certains même le négligent le plus souvent. *Par contre*, la *péritonisation pelvienne* est toujours indispensable pour éviter toute incarceration intestinale ultérieure. Elle est effectuée aux dépens de l'étoffe péritonéale disponible : pariétale, génitale ou vésicale, en fonction de chaque cas.

B. — LES DIFFÉRENTS MODES DE RÉTABLISSEMENT DE CONTINUITÉ INTESTINALE

a) L'EXÉRÈSE :

1) Rectocôlectomie et rétablissement iléo-anal ou iléo-anostomie

— *L'exposition* doit être large, nécessitant une longue laparotomie médiane sus et sous-ombilicale, ou une médiane prolongée en oblique gauche (Barraya) qui permet un meilleur accès sur l'angle gauche.

— *L'exploration* porte sur l'ensemble du côlon, les mésos, le foie, afin d'éliminer l'éventualité d'une dégénérescence maligne, qui imposerait une attitude appropriée, et de faire le bilan macroscopique des lésions.

— La *libération* du côlon procède de droite à gauche ou inversement. Au niveau du côlon transverse, le tablier épiploïque est relevé et décollé ou sectionné et réséqué.

— La *ligature et la section* des pédicules vasculaires alimentant l'arcade bordante portent légèrement en amont de celle-ci.

— L'uretère et le duodénum à droite, l'uretère et la veine mésentérique à gauche, sont *les risques classiques* et peut-être moins importants dans ces exérèses que dans celles pour cancer où les dissections sont poussées plus loin.

La section des pédicules peut être précédée d'infiltrations de novocaïne pour *réduire le choc opératoire* et prévenir des troubles vasculaires, comparables à ceux des phénomènes de Reilly qui ont été signalés au cours de ces interventions. Il convient également d'éviter toutes manœuvres traumatisantes, de procéder dans les meilleures conditions d'exposition par valves et déclivités électives pour chaque temps opératoire. Les anses grêles sont constamment protégées, enveloppées dans des champs humides. L'hémostase doit être minutieuse et les pertes sanguines compensées au fur et à mesure des pertes opératoires.

— Les *sections intestinales* sont de préférence faites après les temps de libération pour réduire les temps septiques.

L'*iléon* est sectionné le plus près possible du cæcum afin d'économiser au maximum le grêle dont le rôle d'assimilation ultérieur sera fondamental. Pour permettre une meilleure mobilisation de l'iléon terminal, il est préférable de lier l'artère iléo-cæco-colique près de son origine, ce qui permet de décoller l'extrémité droite de la racine du mésentère et de ne conserver que l'apport sanguin de la branche terminale droite iléale de la mésentérique inférieure.

L'abaissement iléal est souvent très difficile, surtout lorsque la distance de la racine du mésentère au périnée est grande. La saillie du promontoire constitue un obstacle sur lequel le mésentère et les vaisseaux font corde.

Il est donc nécessaire pour *préparer l'iléo-anostomie, de faire des recoupes* du bord mésentérique et de sectionner une ou deux arcades vasculaires. Ces sections, qui permettent l'abaissement progressif de l'iléon, ne doivent cependant *pas compromettre sa vascularisation*. Ces *deux impératifs opposés* sont difficiles à concilier.

Le *but* à atteindre est l'abaissement au périnée *sans traction, d'un bout iléal bien vascularisé*. Si ces conditions ne sont pas réalisées, il faut renoncer à l'iléo-anostomie. Les données opératoires peuvent seules dicter la décision finale et il n'est donc pas possible d'affirmer avant l'intervention si l'iléo-anostomie sera possible.

— La *section intestinale inférieure* est faite juste au-dessus du sphincter. Elle ne conserve que le *canal anal*, entouré de son appareil sphinctérien.

b) LE RÉTABLISSEMENT :

Il peut être obtenu par deux procédés :

- l'anastomose iléo-anale ;
- ou l'intubation trans-anale.

— *Anastomose iléo-anale* :

Le segment inférieur est représenté par le *canal anal*, muqueuse comprise. Cette *conservation muqueuse* est considérée par de nombreux auteurs comme indispensable au maintien de la sensibilité commandant le réflexe sphinctérien.

Le procédé le plus simple consiste à retourner sur lui-même le canal anal et à faire descendre dans sa lumière l'extrémité de l'iléon. Ainsi, les deux tranches intestinales extériorisées à l'anus peuvent être anastomosées par une suture qui est *termino-terminale*, en un ou deux plans. Ceci achevé, l'anastomose remonte à travers l'anus au-dessus du sphincter.

Certains auteurs, en particulier BERGERET, en raison des difficultés d'abaissement de la tranche iléale distale, ont fait porter l'anastomose sur le bord libre de l'iléon, quelques centimètres ou plus, en amont de son extrémité. Après avoir fermé l'iléon en cul-de-sac, c'est son bord libre qui est repéré au point d'élection, abaissé et extériorisé à travers le canal anal retourné. La suture iléo-anale est ainsi faite en *latéro-terminale*. Ce fût le cas pour les observations n^{os} 3 et 5.

L'intervention peut être réalisée à deux équipes avec grand bénéfice. Les possibilités d'abaissement du grêle sont mieux appréciées. La péritonisation pelvienne et la fermeture abdominale sont faites par l'équipe abdominale pendant que la suture est exécutée par l'équipe périnéale.

— *L'intubation trans-anale ou « Pull through »* :

Elle implique un *sacrifice de la muqueuse anale* afin d'obtenir un manchon anal à surface intérieure cruentée sur laquelle viendra s'accoler la séreuse de l'iléon abaissé. Ce décollement muqueux peut précéder ou suivre le temps abdominal (obs. n^{os} 1, 10) ou être mené simultanément par les deux équipes (obs. n^o 9).

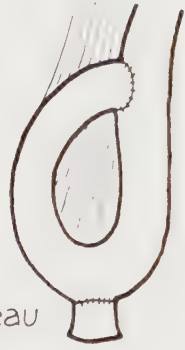
Le grêle terminal est lié sur *sonde* pour l'abaissement. Celle-ci est habituellement laissée en place pour préserver le périnée des écoulements corrosifs intestinaux des premiers temps, ou remplacée par un tube de Paul. Le bout iléal a été extériorisé sur quelques centimètres, dans la mesure où son méso le permet, son extrémité se sphacèle en quelques jours. Une *recoupe* de cet excédent iléal

PLANCHE I

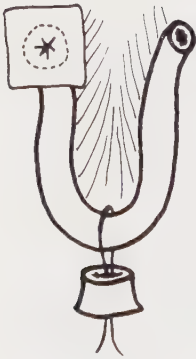
Anastomoses iléo-anales



Bergeret



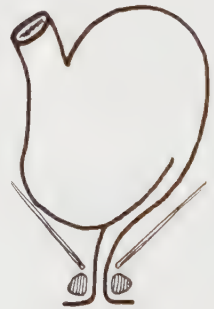
Champeau



Delannoy



Audouin



est, alors, nécessaire et la tranche intestinale est *suturée soigneusement à la peau péri-anale* qui a été incisée circulairement et un peu décollée. Ceci évite une rétraction et la constitution d'une zone cruentée orificielle, source de sténose secondaire.

c) LES PLASTIES ILÉALES :

Ces iléo-anostomies suppriment le rectum. Différents procédés ont été imaginés pour créer aux dépens du grêle un réservoir de remplacement.

BERGERET pratiquait une anastomose iléo-anale latéro-terminale à 50 cm environ du cul-de-sac iléal distal. Ce réservoir remplirait partiellement son rôle de résorption et de stockage, mais a l'inconvénient d'être à l'origine de coliques douloureuses par interruption terminale du péristaltisme.

C'est pourquoi CHAMPEAU modifia le montage précédent en réimplantant le bout terminal dans l'anse afférente à l'anastomose. Ainsi était réalisé un *circuit iléal*, anastomosé latéralement en son point le plus déclive au canal anal (schémas planche I). A ce montage correspondent les observations n^{os} 3, 5, 24, 26, 27 et 28.

GILBERTAS réalise une néo-ampoule aux dépens des soixante derniers centimètres de grêle. La poche est constituée par adossement latéro-latéral de l'anse, dont une extrémité est suturée. L'autre est amenée par voie trans-anale à la peau de la marge, où elle est fixée par quelques points.

DELANNOY et MARTINOT décrivent un montage assez voisin mais inversé. Le néo-rectum est constitué également par une anse dont les deux branches sont anastomosées latéralement. Mais la convexité de l'anse correspond ici au point déclive qui est anastomosé au canal anal. Le bout distal de l'anse est fermé, mais peut également être laissé libre et extériorisé, à la paroi pour fonctionner comme soupape distale, en iléostomie abdominale terminale post-anastomotique de façon temporaire (schéma, Planche I).

Monsieur AUDOUIN a, dans un cas, réalisé un néo-rectum par coalescence sur 10 cm de deux anses grêles, de façon à créer une vaste cavité présentant le calibre de trois anses (schéma, Planche I et obs. n^o 1).

d) RÉALISATION DE CES MONTAGES :

La réalisation de ces différents montages pose, outre les difficultés techniques, le problème des *fractionnements opératoires*.

— *En un temps* : la rectocôlectomie avec anastomose iléo-anale en un temps, et sans dérivation préalable, a pu être réalisée mais dans de rares cas (RAVITCH).

— *En plusieurs temps* : le rétablissement définitif du cours des matières ne peut, le plus souvent, être obtenu qu'après dérivation et un ou plusieurs temps d'exérèse. A ce propos, il convient de rappeler deux notions :

a) L'iléostomie abdominale temporaire, bien que permettant une « colisation » du grêle, théoriquement favorable pour la fonction ultérieure, présente les inconvénients majeurs suivants :

- une perte de grêle, car le bout extériorisé devra être recoupé ;
- une rétraction du mésentère, s'opposant à la descente secondaire du grêle.

b) Si l'exérèse côlo-rectale doit être fractionnée en plusieurs temps, le rétablissement iléo-anal *doit être contemporain* de l'ablation du segment distal recto-sigmoïdien. La conservation de celui-ci permet, en effet, de *garder les voies* pour la dissection abdomino-pelvienne et l'abaissement iléal. En effet lorsque, après iléostomie abdominale, l'exérèse est étendue jusqu'au rectum et terminée par un enfouissement du moignon, les difficultés du rétablissement secondaire sont beaucoup plus grandes. La découverte du segment inférieur peut alors être gênée par les adhérences développées autour de ce moignon, mal drainé vers le bas. Ces conditions favorisent, de plus, le développement d'occlusions, comme ce fût le cas dans l'observation n° 3. En outre, la persistance d'un état inflammatoire augmente les risques de la suture.

Ainsi, lorsque le rétablissement n'est pas réalisé d'emblée, il peut être effectué :

— *Soit en deux temps* :

- 1° Iléostomie + Colectomie subtotale ;
 - 2° Résection rectosigmoïdienne, suivie de rétablissement.
- (Observation n° 1)

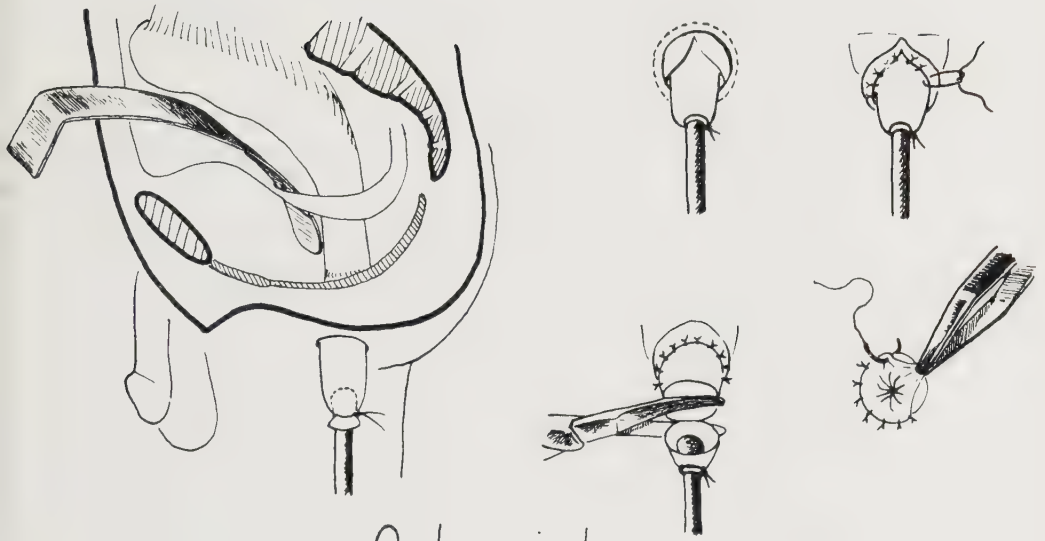
ou

- 1° Iléostomie ;
 - 2° Rectocôlectomie avec rétablissement.
- (Observation n° 5)

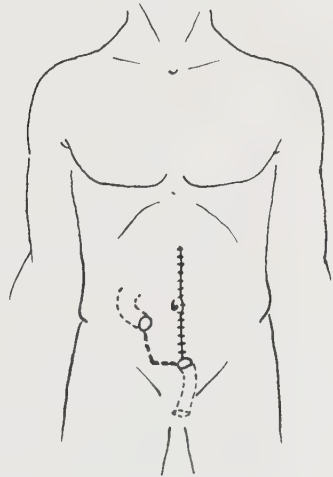
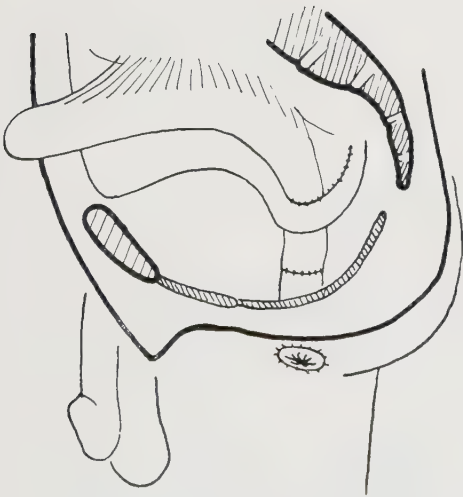
— *Soit en trois temps* :

- 1° Iléostomie ;
 - 2° Colectomie subtotale ;
 - 3° Résection rectosigmoïdienne, suivie de rétablissement.
- (Observation n°s 10 et 24)

PLANCHE II



Schneider



e) L'ILÉOSTOMIE DE DÉCHARGE :

En fait, ces fractionnements opératoires peuvent être envisagés sous un angle différent, si l'on pratique, comme le conseille SCHNEIDER, une *iléostomie terminale d'amont* qui protège l'iléo-anostomie (schémas, Planche II).

Sa technique est la suivante :

— *Dans un premier temps* : l'intervention se déroule ainsi :

- rectocôlectomie allant jusqu'à 5 cm de la ligne ano-cutanée ;
- abaissement de l'iléon terminal à travers le canal anal, après excision de sa muqueuse ;
- section de l'iléon de façon à *isoler* un *segment* distal assez long pour que son bout supérieur soit extériorisé à la partie inférieure de l'incision abdominale (iléostomie non fonctionnelle) ;
- extériorisation au niveau de la fosse iliaque droite, du bout supérieur fonctionnel de l'iléon ;
- suture des deux tranches mésentériques au péritoine pariétal droit et antérieur. Suture de l'iléon abaissé, au manchon anorectal et au péritoine pelvien ;
- au deuxième jour, recoupe de l'exédent iléal extériorisé à l'anus. Exposition du sphincter et double ligne de suture iléo-sphinctérienne et iléo-cutanée.

— *Dans un deuxième temps* : vers le troisième mois seulement, le cours des matières est rétabli. Les deux bouts iléaux extériorisés à la paroi, sont libérés et anastomosés par une suture termino-terminale. La brèche mésentérique est refermée. Ceci est effectué après avoir vérifié la continence du sphincter, en injectant 100 cm³ d'eau par l'orifice sus-pubien du segment exclu. Si le malade peut retenir le liquide 3 à 4 heures, le test est favorable.

Le principe de ce procédé est donc :

- de permettre la cicatrisation de la suture iléo-anale, à moindre risque ;
- de rétablir le cours des matières et le jeu sphinctérien, indirectement et aisément par la suture iléo-iléale secondaire.

En amont de l'iléostomie abdominale, l'iléon a, de plus, subi un début de « colisation », ce qui peut contribuer à favoriser la continence sphinctérienne.

Notons, enfin, que SCHNEIDER réserve ce mode de *rétablissement retardé*, en deux temps, aux sujets résistants.

Pour les malades plus fragiles, il préconise une atteinte qui fait appel aux fractionnements opératoires envisagés au chapitre précédent et correspond à un *rétablissement retardé en trois temps* :

- 1° *Colectomie subtotale*. Extériorisation sigmoïdienne inférieure et iléostomie abdominale ;
- 2° *Résection recto-sigmoïdienne*. Exclusion et abaissement d'un segment distal, protégé par l'iléostomie droite, comme dans le procédé en deux temps ;
- 3° *Iléo-Iléostomie* de rétablissement.

AUDOUIN, dans l'observation n° 1, a réalisé un *rétablissement relevant du même principe* que SCHNEIDER. Mais sa technique de Plastie est différente : l'anse exclue est prise au point de déclivité maxima de l'iléon et non aux dépens de sa terminaison. De plus l'anse exclue n'est pas simple, mais adossée deux fois sur elle-même, pour créer une large ampoule.

La soupape iléale distale, décrite dans le montage iléo-anal de DELANNOY et MARTINOT (Planche I), est post-anastomotique ; elle n'offre donc pas le même intérêt que l'iléostomie terminale d'amont de SCHNEIDER.

f) CRITIQUES DES RÉTABLISSEMENTS ILÉO-ANAUX

Les arguments contre ces méthodes sont de deux ordres : vitaux et fonctionnels :

Complications vitales :

— *Le choc opératoire* de ces interventions longues et laborieuses est une menace qui contre-indiquè souvent leur exécution. C'est ainsi que dans l'observation n° 7, l'iléo-anostomie fut récusée pour des raisons d'ordre général.

— *Le lâchage de suture*, le *sphacèle* du bout iléal (Obs. n°s 26, 27 et 28) entraînent une péritonite, gravissime chez ces malades déjà très affaiblis, que seule une iléostomie abdominale a quelque chance de sauver. On a signalé également (MIALARET) la possibilité de péritonite par entérite aiguë ulcéreuse nécrosante de l'anse abaissée. Une perforation, analogue à celle que l'on peut trouver en amont de l'iléostomie abdominale, et indépendante de tout lâchage de suture, peut s'observer.

— *Les déséquilibres post-opératoires hydro-électrolytiques*, dus aux pertes importantes de liquide intestinal, nécessitent une réanimation précise. C'est pour pallier ces troubles, en attendant une côlisation du grêle, que les différents *circuits et plasties* ont été effectués avec l'espoir de *favoriser la résorption hydrique en même temps que la fonction sphinctérienne*.

— Toutes les complications de la chirurgie abdominale peuvent survenir et, en premier lieu, les occlusions, mécaniques, inflammatoires ou fonctionnelles.

Ces complications entraînent une mortalité très importante. C'est pour sa gravité mais aussi pour ses résultats fonctionnels que l'iléostomie anale est critiquable.

Les complications fonctionnelles sont en effet multiples :

— L'incontinence est le risque majeur et peut affecter différents degrés : *permanente* ou uniquement nocturne (Obs. n° 24) ; *totale* ou seulement pour les liquides et gaz ; *nécessitant* ou non le port de garnitures. Il est certain qu'une iléostomie périnéale incontinente représente une infirmité bien supérieure à l'iléostomie abdominale car elle est absolument inappareillable.

— Les selles sont les plus habituellement *diarrhéiques*. Ceci est constant dans les suites précoces de l'intervention, mais grâce à la côlisation, au régime, la fréquence des selles diminue et leur consistance augmente au point de devenir pâteuses ou moulées, dans les cas heureux. Mais cette éventualité ne survient parfois qu'après une longue et laborieuse période d'adaptation (Obs. n°s 3 et 5).

— À l'inverse, le néo-rectum peut être le siège d'une *rétenction stercorale* (Obs. n° 1).

— Les complications locales, enfin, sont multiples : abcès périnéaux, fistules cutanées ou vaginales (Obs. n°s 3, 10, 28). Les sténoses anales peuvent céder à la simple dilatation ou nécessiter une retouche. Les irritations cutanées périnéales, etc. Tous ces éléments, selon leur importance, grèvent plus ou moins le pronostic fonctionnel, immédiat et secondaire.

Au total, après des délais plus ou moins longs, les résultats fonctionnels sont variables :

— *Excellents* : continence totale (Obs. n° 3).

— *Bons* : incontinence exceptionnelle lors d'épisodes diarrhéiques occasionnels. Absence de garnitures et selles suffisamment espacées pour ne pas gêner une activité normale (Obs. n°s 5 et 10).

— *Mauvais* : incontinence totale ou seulement nocturne ou au cours des repas (réflexes), entraînant des troubles locaux généraux et psychiques et dont l'inconfort est très supérieur à celui de l'iléostomie abdominale (Obs. n°s 24 et 27). C'est l'impossibilité de garantir les résultats fonctionnels qui fait peser un lourd discrédit sur ces méthodes et ceci d'autant plus que les résultats immédiats sont toujours décourageants pour le malade et le chirurgien.

2) *La rectocoléctomie partielle et le rétablissement trans-ano-rectal de la continuité.*

Ce procédé est *intermédiaire* entre le rétablissement iléo-anal et l'anastomose iléo-rectale. Il consiste à conserver un *manchon ano-rectal* important à travers lequel, après *excision de la muqueuse*, l'iléon est abaissé. La moitié supérieure du rectum est mobilisée, la dissection distale s'effectue dans le plan sous-muqueux du bas-rectum et du canal anal. L'appareil sphinctérien et les pédicules vasculo-nerveux sont ainsi à l'abri de tout traumatisme opératoire ; ce procédé offre ainsi les mêmes *garanties fonctionnelles* que l'anastomose iléo-rectale, sans comporter les risques de dégénérescence tardive liés à la conservation de la muqueuse, puisque l'excision de celle-ci est totale, véritable « côlo-proctectomie des lésions ».

L'intérêt ici est donc de rechercher les avantages des interventions les plus radicales, sans en partager la gravité et les mêmes risques d'incontinence.

Les promoteurs ont été RAVITCH, BEST, DEVINE et WEBB. La longueur du manchon ano-rectal conservé est de 5 à 7,5 cm. BEST recommande d'abaisser l'iléon, après l'avoir lié sur sonde ; celle-ci est conservée quelques jours pour protéger le périnée contre les écoulements corrosifs. L'excédent est ensuite recoupé et l'iléon est suturé au sphincter et à la peau dans la marge de l'anus, pour éviter sa rétraction secondaire.

DEVINE et WEBB, après section du rectum par voie abdominale, excisent sa muqueuse par voie mixte, à deux équipes.

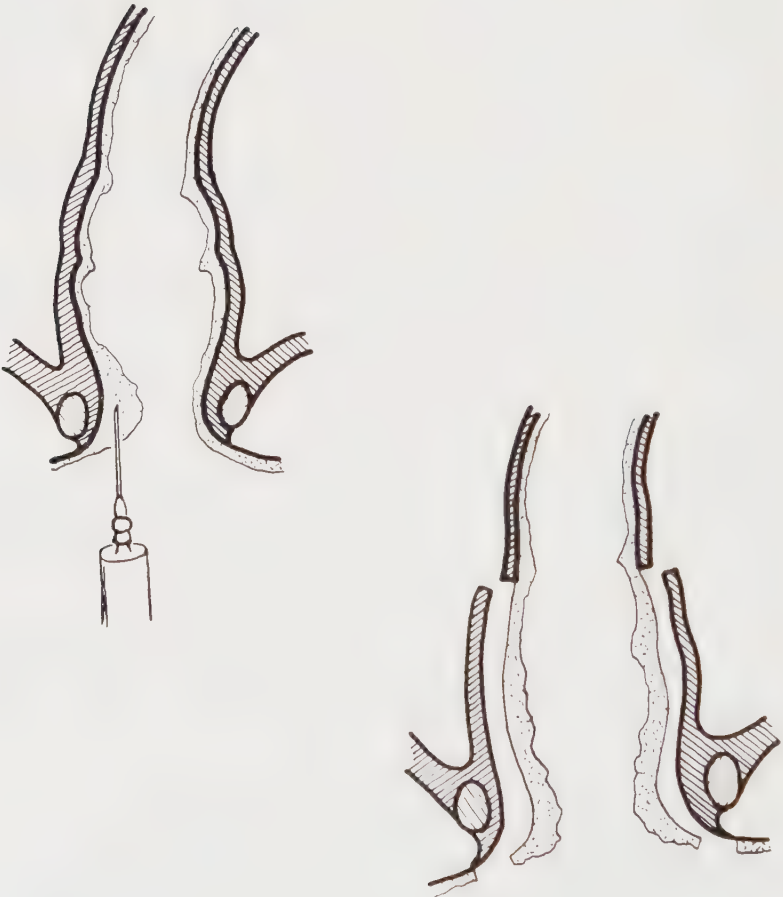
ROUX et MARCHAL ont adopté la technique, dérivée des précédents, que voici (*schémas, Planche III*).

« Par *voie abdominale*, seul le haut rectum est mobilisé, sans aucune dissection rétro et latéro-rectale. La gaine distale conservée est encore plus longue que précédemment. Tout le cadre colique et l'iléon sont mobilisés sans qu'aucune section intestinale ne soit faite .

« Par *voie périnéale*, la deuxième équipe effectue le décollement sous-muqueux de bas en haut. Ce clivage est favorisé par une infiltration préalable de sérum adrénaliné. L'index, introduit dans le manchon muqueux, contrôle l'épaisseur et évite d'entamer la gaine musculaire au-dessus du sphincter. A ce niveau, d'ailleurs, le décollement devient beaucoup plus facile et presque plus hémorragique si l'on est dans le bon plan, et possible non plus au ciseau mais simplement au tampon. Lorsque la hauteur de

PLANCHE III

Reconstitution du rectum
DEVINE et WEBB (artifice de Roux)



muqueuse ano-rectale décollée est suffisante, une compresse est tassée en haut du décollement ou un instrument mousse y est introduit pour guider l'opérateur abdominal.

« Par *voie abdominale*, la section de la gaine musculaire rectale est faite la plus nette possible, elle pénètre dans le décollement sous-muqueux, sans ouverture de la muqueuse rectale. Dès lors, le cylindre rectal, complet en haut, et uniquement muqueux en bas, est libéré et peut être facilement extériorisé, suivi du côlon et de l'iléon, à travers la gaine musculo-sphinctérienne conservée. Il faut vérifier que le mésentère ne s'est pas enroulé pendant la descente, autour de l'iléon terminal. Quelques points fixent la séreuse iléale au bord supérieur de la collerette rectale. L'iléon extériorisé à l'anus est sectionné à 5 cm, fixé par quelques points à la peau et secondairement régularisé. *Ainsi, aucun temps septique de section intestinale n'est fait à l'intérieur de l'abdomen.* Dans l'observation n° 23, un abaissement trans-ano-rectal identique a été réalisé, à la différence près qu'il s'agissait d'un abaissement colique. »

DELOYERS adopte une solution intermédiaire. Il garde une collerette rectale de 5 cm au-dessus du sphincter, cruenta sa face interne, en réséquant la *presque totalité* de la muqueuse, mais conserve un anneau continu de muqueuse du canal anal.

« L'iléon ou le transverse sont passés à travers cette collerette et extériorisés sur 5 à 10 cm, suivant les cas. Ce segment se sphacèle dans les jours qui suivent et l'intestin remonte au delà du canal anal, pour se fixer de soi-même définitivement à la zone cruentée rectale. De cette façon, une sorte de suture par seconde intention s'établit spontanément au-dessus du sphincter, entraînant même parfois, comme inconvénient, la création d'une sorte de diaphragme de rétraction qu'il faut dilater peu après. Par cette technique, la muqueuse ano-rectale reste en place et assure une sensibilité suffisante pour avertir les patients de l'état de besoin. Le reste est une question de rééducation musculaire et de régime. »

Ainsi, au terme de cette revue des différentes iléostomies anales ou trans-ano-sphinctériennes, rappelons les principaux problèmes, à l'origine des différentes techniques citées :

a) Le problème de la *conservation muqueuse* : primordial pour les uns et classiquement nécessaire pour la sensibilité qui règle le jeu sphinctérien. En fait, de nombreux travaux tendent à prouver que le réflexe de continence précédant la défécation volontaire n'apparaît pas au simple contact mais à la distension rectale. Son point de départ serait donc essentiellement musculaire (GOLIGHER, HUGUES,

GASTON). D'ailleurs, les résultats de l'opération de BABCOCK sont identiques avec ou sans conservation muqueuse. Pour DEVINE et WEBB, la sensibilité muqueuse serait sélective mais pas nécessaire. Pratiquement, lorsque la muqueuse est excisée, il faut garder un manchon musculaire suffisant. RAVITCH, sur des données expérimentales, avait établi que 5 à 6 cm constituaient un minimum. DEVINE et WEBB donnent 10 à 15 cm. ROUX conserve également une gaine distale importante : le « *canal ano-rectal* », entité anatomique, physiologique et embryologique.

b) Le problème de l'innervation sphinctérienne. Les voies afférentes (nerfs érecteurs) sont au-dessus des releveurs, dans l'espace pelvi-rectal.

Les voies efférentes (nerfs sphinctériens et anals) sont périnéaux. Ces voies risquent d'être lésées par les dissections péri-rectales larges.

Le retournement du segment ano-rectal, en vue d'une anastomose par voie basse, est pour cette raison déconseillé.

c) Le problème du *néo-rectum* : son but est de réaliser une chambre de déshydratation et de stockage des matières. Il tend à favoriser l'adaptation rétrograde du grêle soumis secondairement et de façon anormale au tonus sphinctérien. Dans l'artifice de SCHNEIDER, la création d'une néo-ampoule paraît moins nécessaire, car l'iléon aura pu se côliser en amont de l'iléostomie temporaire de décharge, et créer de meilleures conditions lorsque la continuité sera rétablie. Dans le procédé de ROUX, lorsque la gaine ano-rectale conservée est importante, la création d'un réservoir ne paraît pas non plus nécessaire. La gaine musculaire va servir de

« moule anatomique et fonctionnel à l'iléon, qui va adhérer à la surface cruentée et prendre secondairement un aspect de néo-ampoule » (ROUX).

3) *Colectomie totale et subtotale en aval. Rétablissement iléo-rectal et iléo-sigmoïdien.*

a) SECTIONS :

La section supérieure porte sur l'iléon terminal et la section inférieure sur la jonction recto-sigmoïdienne ou le sigmoïde.

L'iléon peut toujours être amené au contact du bout inférieur sans traction et les conditions du rétablissement sont d'autant plus facilitées que le segment inférieur est plus important.

L'anastomose doit être *termino-terminale*, pour permettre facilement un contrôle rectoscopique ultérieur efficace, non seulement du rectum, mais de l'anastomose et de l'iléon en amont (Obs. n^{os} 8, 11, 16).

L'implantation termino-latérale de l'iléon sur la face antérieure du rectum (Obs. n^o 7) est moins utilisée, de même que *l'anastomose latéro-terminale* du bord libre de l'iléon sur la tranche supérieure du rectum.

L'anastomose latéro-latérale est pratiquement abandonnée.

b) TEMPS OPÉRATOIRES :

Les temps opératoires sont variables, selon que l'iléostomie précède ou accompagne l'exérèse, et selon que cette dernière est fractionnée ou non.

Ainsi, le *rétablissement* peut être effectué :

— *En un temps* (Obs. n^{os} 4, 6, 8, 11, 13).

— *En deux temps* :

— soit iléostomie seule, puis exérèse et rétablissement (Obs. n^{os} 7, 17, 20);

— soit iléostomie, plus exérèse, puis rétablissement.

— *En trois temps* :

— iléostomie;

— exérèse ;

— rétablissement (Obs. n^o 16).

c) LA PROTECTION DE L'ANASTOMOSE :

Cette protection ne paraît pas nécessaire lorsqu'il s'agit de suture intra-abdominale en tissu sain, iléo-colique.

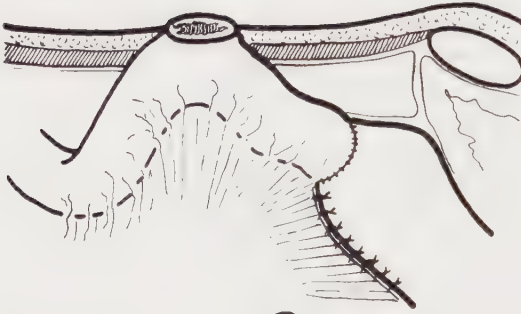
Par contre, certaines anastomoses *iléo-rectales* basses peuvent être utilement protégées lorsque la suture porte sur un organe partiellement sous-péritonéal ou pathologique.

AYLETT, dans certains cas, implantait l'iléon sur la face antérieure du rectum et conservait en abouchement sus-pubien le bout supérieur du rectum libéré (ou plus vraisemblablement le bas-sigmoïde) (Planche IV, *schéma* Aylett n^o 2).

CORBETT fait une anastomose iléo-rectale latéro-terminale et extériorise à la paroi antérieure le bout iléal distal (Planche IV, *schéma* Corbett).

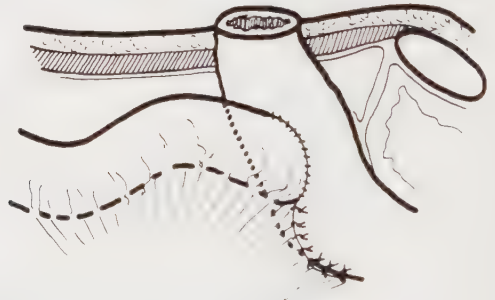
PLANCHE IV

Anastomoses iléo-rectales



Aylett

①



②



Corbett

Ces deux modes de soupapes sont *post-anastomotiques* et de ce fait ne paraissent pas pouvoir jouer un rôle de protection efficace.

C'est pourquoi AYLETT, abandonnant son mode de dérivation initial, adopta par la suite l'iléostomie *latérale directe* en amont de l'anastomose (Planche IV, *schéma* Aylett n° 1). L'iléon est abouché latéralement à la paroi au niveau de la fosse iliaque gauche. Cette fixation d'une anse à la paroi constitue un risque supplémentaire d'occlusion qui doit être supprimé par une péritonisation soigneuse de la gouttière iléo-pariétale, ainsi créée.

d) LES COMPLICATIONS MAJEURES sont les suivantes :

— *La désunion de la suture* qui entraîne une pelvi-péritonite ou une péritonite généralisée selon le siège. Elle impose le rétablissement, de toute urgence, de l'iléostomie abdominale, dès lors définitive.

— *La cellulite sous-péritonéale* est source d'abcès périnéaux, pelviens ou iléo-pelviens avec tout son cortège de complications septiques ou occlusives. Le drainage des abcès et l'iléostomie abdominale sont nécessaires, avant que l'état général ne s'altère de façon irréversible.

— *Les occlusions*, complications les plus fréquentes, mettent également en jeu le pronostic vital, qu'elles soient précoces ou très tardives et le plus habituellement mécaniques (Obs. n° 4) ou inflammatoires.

— *La sténose de l'anastomose et son retentissement iléal* en amont peuvent s'observer et entraîner des troubles de transit ou une iléite rétrograde.

— *Sur le plan fonctionnel*, les risques sont beaucoup moins importants que pour les iléostomies anales. La diarrhée est fréquente au moins les premiers temps. Les selles rapprochées constituent, parfois, une gêne, surtout dans les suites immédiates. Mais l'incontinence est généralement évitée après ces anastomoses iléo-rectales.

4) *Colectomie subtotala en amont. Rétablissement de la continuité par bascule du côlon droit.*

Nous envisagerons d'abord l'exérèse et la bascule du côlon, puis le mode de rétablissement.

a) L'EXÉRÈSE ET LA BASCULE DU COLON :

Lorsque la section intestinale supérieure déborde les limites de la côlectomie gauche, pour intéresser le côlon transverse droit ou le côlon ascendant, le rétablissement de la continuité intestinale reste possible, grâce à la bascule du côlon droit.

L'étendue de la côlectomie en amont et les possibilités d'abaissement sont étroitement liées à la conservation des différents *pédicules vasculaires*. C'est ainsi que par ordre d'importance croissante, plusieurs types d'exérèses et d'abaissement du côlon droit ont été proposés.

— COURRIADES conserve l'artère colique supérieure droite, sectionne le côlon vers l'extrémité droite du transverse qui est abaissé après mobilisation de l'angle droit et du côlon ascendant ; le côlon droit capoté fait un angle avec le cæcum et passe en pont devant la dernière anse iléale. Une suture du côlon au péritoine pariétal postérieur ne ménage que le passage de cette anse.

Cet auteur propose, sans l'avoir réalisé chez l'homme, de lier la colique supérieure droite, si elle s'oppose à l'abaissement. Ceci paraît possible si l'on garde intacte l'arcade marginale alors alimentée par l'artère iléo-cæco-colique.

— DELOYERS avait, en fait, déjà mis cette possibilité en pratique. Sa technique est la suivante :

L'artère colique supérieure droite est liée et sectionnée. Le côlon droit est entièrement mobilisé ainsi que le cæcum. Toutes les attaches pariétales sont libérées, ainsi que les ligaments gastro-coliques et suspenseurs de l'angle.

Le cæcum et le côlon ascendant sont alors entièrement retournés par un mouvement de bascule vers l'extérieur.

« Le cæcum devient sous-hépatique. Le côlon droit descend de haut en bas et la portion droite du côlon transverse qui le prolonge descend dans le bassin et peut être extériorisé à l'anus. »

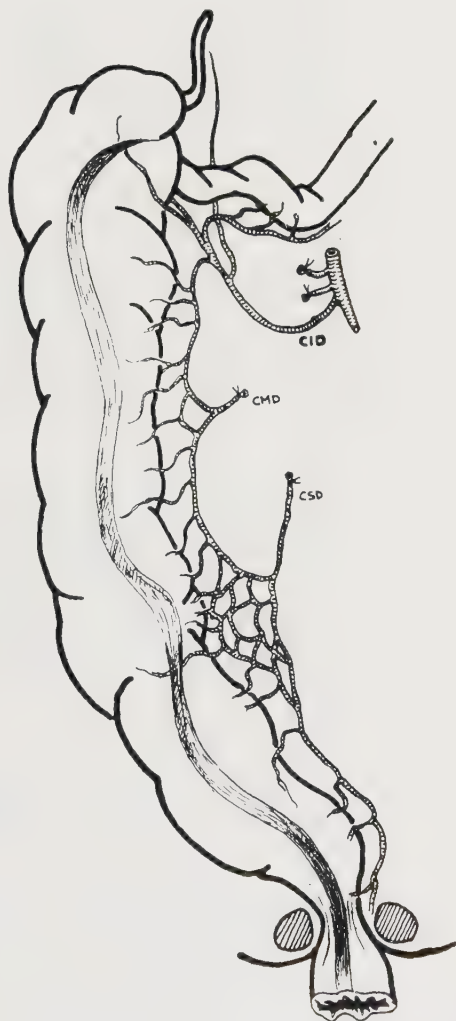
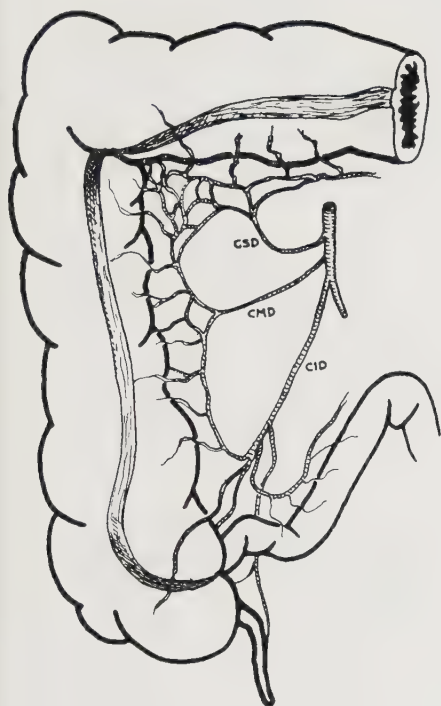
L'arcade marginale étant *alimentée par l'artère iléo-cæco-colique*, on conçoit que la vascularisation du bout colique soit d'autant plus sûre que l'exérèse aura été étendue plus loin en amont (*schéma*, Planche V).

Le cas publié par THOMERET, à l'Académie de Chirurgie, correspond à ce type d'exérèse avec bascule du côlon (Obs. n° 9).

— AUDOUIN nous a confié une observation (obs. n° 2), dans laquelle la *section vasculaire est encore plus poussée puisqu'elle porte*

PLANCHE V

Bascule du côlon droit



Deloyers

sur l'artère iléo-cæco-colique même. L'apport artériel de l'arcade bordante ne se fait plus que par l'artère récurrente iléale, branche terminale de la mésentérique supérieure.

Voici une partie du compte rendu opératoire :

« Section du côlon au niveau de l'angle droit, et bascule du côlon vers le bas. Mais l'artère iléo-cæco-colique bride. Nous la sectionnons en espérant que l'irrigation du côlon ascendant sera assurée de façon satisfaisante par la récurrente iléale. A vrai dire, si la vascularisation reste normale jusqu'à la section, les dix derniers centimètres de côlon ascendant ne présentent pas de battements et semblent avoir une vitalité assez limitée. Inagination du côlon droit à travers l'anus, mais on laisse dépasser une très importante portion de ce côlon de manière à ce qu'il ne reste pratiquement que le cæcum intra-pelvien. »

Cette intervention s'est soldée par un résultat fonctionnel parfait.

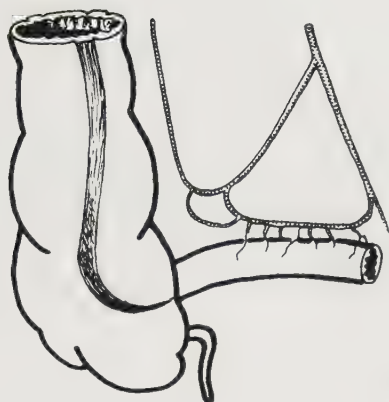
Cette section de la colique inférieure droite ne laisse probablement pas toujours une vascularisation suffisante du cæco-côlon par la récurrente iléale. Ceci dépend des variations anastomotiques entre les deux branches iléales de la colique inférieure droite d'une part, et de la mésentérique supérieure d'autre part, délimitant la classique aire avasculaire de Trèves. Les variations peuvent être de trois types, comme le précise Roux :

« La vascularisation du segment terminal de l'iléon dépend toujours dans une certaine mesure de l'artère iléo-cæco-colique... Contrairement aux assertions classiques de CORSY et AUBERT. CABANIE a vu de façon à peu près régulière une arcade parallèle à la dernière anse grêle, résultant de l'union à plein canal de l'iléale avec la branche de division droite terminale de la mésentérique supérieure d'où naissent des vaisseaux droits. SOUTOUL a confirmé la rareté de l'interruption de l'arcade bordante iléale. Ce n'est que très exceptionnellement (3 fois sur 40, dans les observations de CABANIE) que les deux systèmes mésentériques supérieur et iléo-cæco-colique demeurent distincts, chacun assurant la nutrition du segment correspondant de l'iléon terminal ; 1 fois sur 40 seulement, cette vascularisation est tout entière ou presque exclusivement dévolue au système mésentérique supérieur. » (Schémas, Planche VI.)

Ainsi, ces différentes sections vasculaires permettent, après bascule du côlon droit, une large mobilisation de la tranche colique vers le périnée, tout en ne compromettant pas l'irrigation du segment abaissé. Ces conditions permettent donc d'étendre largement l'exérèse en amont, selon les lésions, sans supprimer la possibilité de rétablir la continuité et de restaurer la fonction sphinctérienne.

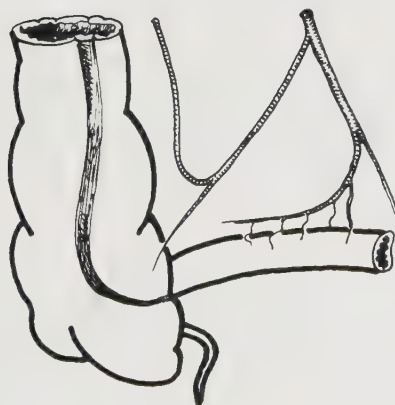
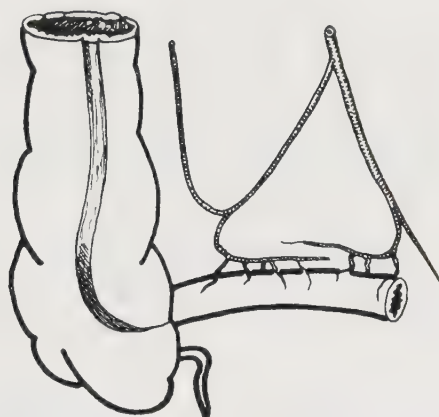
PLANCHE VI

Irrigation iléo-colique (d'après CABANIE)



type courant
vascularisation commune

type rare
territoires distincts



type exceptionnel
prédominance iléale

b) LE MODE DE RÉTABLISSEMENT :

Il se fait par suture côlo-anale ou abaissement du côlon à travers le canal anal, après excision de la muqueuse. De même que pour l'iléo-anostomie, on devra pratiquer une recoupe secondaire de l'excédent colique et une suture de la tranche à la peau péri-anale.

C'est dans la possibilité d'abaissement jusqu'à l'*anus* que réside l'intérêt principal de cette technique mobilisatrice du côlon droit.

Par contre, lorsque *le rectum a pu être conservé*, l'anastomose côlo-rectale est facilement réalisée, mais dans ce cas une côlectomie totale suivie d'anastomose iléo-rectale est également possible et la présence d'une partie du côlon droit est moins indispensable au rétablissement de la continuité intestinale.

5) *Hémicôlectomies et colectomies ségmentaires larges.*

La technique de ces exérèses est classique et ne nécessite pas de commentaires particuliers.

L'hémicôlectomie droite est suivie de rétablissement par *anastomose iléo-colique*. Malgré l'incongruence relative des bouts, la suture termino-terminale est aisée et préférable à l'implantation iléo-colique termino-latérale (obs. n° 25).

L'hémicôlectomie gauche ou *la côlectomie gauche segmentaire large* permettent un abaissement du transverse au bout colique inférieur ou au rectum et une anastomose termino-terminale (Obs. n°s 12 et 14).

Que la dérivation (iléostomie ou côlostomie) ait précédé l'exérèse, que le rétablissement soit contemporain ou non de l'exérèse, ne compliquent guère le problème du rétablissement lui-même.

Dans l'ensemble, ces interventions sont réalisées *en un temps*.

Les vrais problèmes soulevés par ces côlectomies partielles *sont moins d'ordre technique que d'indication*. Leurs risques sont dus à la conservation même d'une partie importante du côlon susceptible d'être, à distance, le siège de complications évolutives.

CHAPITRE II

LE RETABLISSEMENT DE LA CONTINUITE INTESTINALE APRES EXERESSES COLORECTALES DANS LE CADRE DE LA RECTOCOLITE ULCERO-HEMORRAGIQUE

L'étendue et l'importance des lésions conduit à faire des exérèses adaptées à chaque cas.

Le rétablissement du cours des matières est d'autant plus facile que le segment intestinal conservé est plus long. Différentes éventualités sont à envisager :

- 1° Proctocôlectomie totale et iléo-anostomie.
- 2° Côlectomie totale et anastomose iléo-rectale sur rectum malade.
- 3° Côlectomie totale ou subtotale d'aval suivies d'anastomoses sur rectum ou sigmoïde sains.
- 4° Exérèses moins étendues :
 - hémicôlectomie simple ou élargie ;
 - côlectomie segmentaire.

I. — PROCTOCOLECTOMIE TOTALE ET ILÉO-ANOSTOMIE

1) *Les indications :*

De ces méthodes relèvent les *atteintes côlo-rectales totales*, avec altérations du rectum trop importantes pour permettre une anastomose. Les *suppurations périnéales chroniques*, les *fistules*, parfois multiples, les *scléroses sphinctériennes*, sont une contre-indication formelle à ces tentatives.

La *condition* indispensable pour qu'on puisse espérer un résultat fonctionnel est la *présence d'un canal anal sain, d'un appareil sphinctérien souple et contractile*.

L'observation n° 15 représente un exemple de contre-indication de cet ordre. Le bas-rectum était relativement sain, mais la sclérose péri-anale avait complètement détruit le sphincter.

Ainsi *l'iléo-anostomie trouve ses indications* dans les atteintes recto-coliques diffuses ou *rectocolites ulcéro-hémorragiques classiques* (R.C.U.H.). Ce terme caractérise pour les auteurs français les formes frappant initialement le rectum pour s'étendre ensuite au reste du côlon. La symptomatologie essentiellement hémorragique au début devient ensuite ulcéreuse et suppurée. On peut les opposer aux *côlites ulcéreuses* de topographie électivement colique et de symptomatologie ulcéreuse d'emblée. Sans pouvoir établir de distinction formelle, il semble cependant exister deux entités relevant d'indications opératoires différentes :

- la R.C.U.H. nécessite habituellement le sacrifice rectal et iléo-anostomie ;
- alors que la côlite ulcéreuse est plus souvent compatible avec la conservation rectale et l'anastomose iléo-rectale.

2) *Les risques de l'iléoanostomie :*

Ils sont tels que *beaucoup y ont renoncé*. Ces risques sont de deux ordres : vitaux et fonctionnels.

— Le *risque vital* est important car il s'agit de malades anémiques, cachectiques et d'anciens suppurants. La réanimation pré-opératoire n'est pas toujours suffisamment efficace. Lorsqu'une complication post-opératoire survient, en particulier le sphacèle iléal, l'iléostomie abdominale est la seule ressource et ne peut toujours rétablir la situation (Obs. n°s 1 et 28).

— Les *risques fonctionnels* sont également très graves. L'adaptation difficile. La plupart des auteurs qui ont recouru à l'iléo-anostomie ont pu se demander si ces tentatives valent « la sueur et les pleurs du malade et du chirurgien » (BEST).

3) *Justifications :*

Un certain nombre d'arguments ou de précautions techniques ont été avancés pour justifier l'iléo-anostomie.

— SCHNEIDER conseille pour l'éviter, le risque vital de pratiquer une iléostomie temporaire d'amont.

— Les fractionnements opératoires en deux ou trois temps sont également préconisés lorsque l'état général est trop précaire.

— Le très jeune âge de certains malades incite également à pousser jusqu'aux dernières limites les indications de la conservation sphinctérienne (c'est le cas de l'observation n° 10).

— Certains malades, enfin, refusent l'anus iliaque. Il ne semble pas que l'on soit alors en droit de leur refuser l'iléostomie périnéale lorsqu'ils en acceptent les risques.

— Il convient en fait de comparer les résultats de ces interventions à ceux de l'iléostomie abdominale pour apprécier dans quelles mesures la conservation sphinctérienne est légitime.

4) *Résultats:*

Nous rapportons 6 observations : les numéros 1, 3, 5, 10, 27 et 28.

- OBSERVATION N° 1 : Iléo-anostomie en trois temps effectuée par AUDOUIN.

Elle aboutit à un échec fonctionnel par rétention stercorale. Le décès est consécutif à une tentative de retouche tardive du néo-rectum. Ces causes sont développées et commentées par l'auteur.

- OBSERVATION N° 3 : Iléo-anostomie en circuit exécutée par CHAMPEAU en trois temps. Le résultat général et fonctionnel est excellent avec sept ans de recul.

- OBSERVATION N° 5 : Due à CHAMPEAU. Elle correspond à une iléo-anostomie en deux temps, type Bergeret, transformée en circuit dans un troisième temps. Son résultat fonctionnel est bon, mais quelques réserves sont à formuler quant à la stabilité de la guérison et de l'état psychique de la malade.

- OBSERVATION N° 10 : Nous a été confiée par J. LOYGUE. Il s'agit d'une iléo-anostomie établie en trois temps chez une fillette.

Les tentatives préalables d'iléostomie seule, puis de côlectomie gauche ayant échoué, l'exérèse dut être complétée et l'iléo-anostomie tentée. Mais son résultats est imparfait; une sténose partielle avec iléite d'amont et fistule iléo-vaginale se sont développées; le pronostic doit être réservé.

- OBSERVATION N° 27 : Correspond à une iléo-anostomie en un temps faite par CHAMPEAU. Elle aboutit à un échec fonctionnel, et iléostomie abdominale définitive.

- OBSERVATION N° 28 : Il s'agit d'une iléo-anostomie en deux temps effectuée par PINEAU qui se termina par la mort de la malade.

Au total, sur ces 6 cas, il y a :

- 2 décès ;
- 4 survies, avec recul de neuf, sept, cinq et deux ans, dont :
 - 1 excellent résultat ;
 - 2 bons résultats fonctionnels, mais avec des réserves sur le pronostic ultérieur ;
 - 1 échec et rétablissement de l'iléostomie abdominale.

Ces résultats n'ont évidemment pas de valeur numérique, et nous avons cherché à les comparer à ceux existant dans la littérature française et étrangère.

— Nous relevons dans la thèse de GABRIEL¹, inspirée par le Professeur BERTRAND, 3 iléo-anostomies avec 2 décès et 1 succès. (Ce dernier correspond à une iléostomie transanale effectuée en trois temps avec constitution d'un néo-rectum par adossement latéral d'une anse.) Les deux décès sont dus à un sphacèle iléal.

— Le Professeur DELOYERS² rapporte un succès d'abaissement iléal trans-anal en trois temps.

— MIALARET³ écrit :

« Le seul cas où l'iléostomie anale fut réalisée dans mon Service pour une rectocolite se termina par la mort du malade. »

— LADURON⁴ rapporte 1 cas de décès par sphacèle iléal.

Dans la *littérature américaine*, nous avons relevé les résultats suivants :

- SCHNEIDER (en 1957) : sur 7 cas, pas de décès :
 - 3 en un temps selon la technique de RAVITCH : 2 bons résultats et 1 échec ;
 - 1 selon sa technique en trois temps : 1 bon résultat ;
 - 3 selon sa technique en trois temps : 3 bons résultats.
- RAVITCH (en 1956) : sur 9 cas :
 - 1 décès ;
 - 2 très bons résultats ;
 - 6 échecs (5 iléostomies rétablies ; 1 refusée).

(¹) GABRIEL, *Thèse*, Lyon, 1957.

(²) DELOYERS, *Lyon Chirurgical*, 1957.

(³) MIALARET, *M.A.C.*, juin 1957.

(⁴) LADURON, *M.A.C.*, juin 1956.

— BEST (en 1952) : sur 2 cas :

1 bon — 1 mauvais.

— WANGENSTEEN (en 1952) : sur 2 cas :

1 bon — 1 mauvais.

Sur une revue des publications américaines :

— RAVITCH relève 34 cas avec 21 échecs, soit près de 60 % d'échecs fonctionnels.

— Et pour GASTON, 17 à 20 bons résultats pour 13 mauvais : 40 % d'échecs fonctionnels.

— LOCKHART MUMMERY mentionne 2 échecs pour R.C.H.

Selon les Américains, les résultats paraissent plus défavorables pour R.C.H. que pour polypose.

TABEAU DES ANASTOMOSES ILEO-ANALES POUR RECTOCOLITE

<i>Auteurs</i>	<i>Nombre de cas</i>	<i>Décès</i>	<i>Bon</i>	<i>Résultats pronostic réserve</i>	<i>Echec</i>
AUDOUIN	1	1			
CHAMPEAU	3		1	1	1
PINEAU	1	1			
LOYGUE	1			1	
GILBERTAS	1		1		
BERTRAND	1	1			
FRANCILLON	1	1			
DELOYERS	1		1		
Service MIALARET	1	1			
LADURON	1	1			
Rapport GÉRARD et DUPREZ	1			1	
<i>Total :</i>	13	6	3	3	1
Auteurs anglo-améri- cains :					
SCHNEIDER	7		6		1
RAVITCH	9	1	2		6
BEST	2		1		1
WANGENSTEEN	2		1		1
LOCKHART MUMMERY .	2				2
<i>Total :</i>	22	1	10		11
<i>Total général :</i>	35	7	13	3	12

EN RÉSUMÉ, d'après les communications françaises, la mortalité est de l'ordre de 1 sur 2, et parmi les survivants, les résultats fonctionnels n'ont été satisfaisants que sur la moitié. (Les autres étant soit des *échecs partiels*, par fistules, diarrhées, guérison instable, avec réserves sur le pronostic ; soit des échecs avec incontinence, nécessitant l'iléostomie abdominale.)

Selon les auteurs américains, la mortalité serait plus faible, mais les chances de bons résultats ne paraissent guère pouvoir excéder 50 %.

Ainsi, *la mortalité est-elle très élevée.*

Les résultats *fonctionnels* sont *aléatoires*, et l'on ne peut espérer plus de 1 succès définitif sur 4 opérés.

Ces résultats ne supportent pas la comparaison avec ceux de l'iléostomie abdominale. Selon BROOKE, dont l'expérience est grande, et porte sur 117 cas d'iléostomie abdominale, la mortalité a été de 12 %.

Ses résultats fonctionnels :

— 95 % des iléostomies fonctionnent normalement ;

— 90 % des opérés s'estiment en bonne santé, travaillent, et ont repris du poids.

En l'absence donc de garanties suffisantes, *l'iléo-anostomie nous paraît devoir être condamnée.* Elle a cependant connu quelques résultats brillants et ses différentes variantes techniques méritent d'être mentionnées car de très rares indications peuvent cependant persister, soit chez des enfants très jeunes, ou chez des adultes refusant catégoriquement l'iléostomie abdominale, et averti des risques en cause. L'opinion actuelle du Professeur DELANNOY qui s'est particulièrement attaché à ce problème, mérite d'être citée :

« L'iléostomie anale de RAVITCH, le procédé de BERGERET, celui de CHAMPEAU, celui que nous avons décrit, d'autres encore, sont inconstants dans le résultat. Ces artifices conservent le canal anal et sa muqueuse, mais quand la musculature et l'innervation du rectum sont supprimées, la défécation est incontestablement troublée dans son mécanisme physiologique, et ceci explique la fréquence des mauvais résultats et la nécessité de transformer l'iléo-anostomie anale en iléostomie abdominale. »

L'artifice de Roux est peut-être susceptible de sauvegarder la fonction dans des conditions moins risquées ; s'il comporte, en effet, une exérèse totale de la muqueuse, il se rapproche des rétablissements iléo-rectaux par l'importance du manchon musculaire ano-rectal conservé. Peut-être présente-t-il à ce titre les avantages des méthodes

radicales sans en avoir les mêmes risques vitaux et fonctionnels. En fait, dans le cadre de la rectocôlite, nous ne disposons pas d'observation à son actif, et Roux pense que ses indications sont meilleures pour polypose rectocolique que pour rectocôlite hémorragique.

II. — COLECTOMIE TOTALE ET ANASTOMOSE ILÉO-RECTALE SUR RECTUM MALADE

1) *Indications:*

Parmi les formes cliniques diffuses de rectocôlite ulcéro-hémorragique, certaines présentent des altérations modérées du rectum qui permettent sa conservation en vue d'une anastomose immédiate ou retardée.

Cette optique est loin d'être communément admise et encore faut-il s'entendre sur le *degré des lésions rectales acceptables* : il semble qu'on soit autorisé à utiliser le rectum lorsqu'il ne présente que les *ulcérations superficielles*, des infiltrations pariétales encore limitées *qui ne réduisent pas trop la capacité de l'ampoule*. Les pseudo-polypes ne semblent pas une contre-indication. Par contre, les graves altérations pariétales et sphinctériennes et les lésions trop anciennes (plus de dix ans), qui exposent à la dégénérescence, devraient relever des indications du chapitre précédent.

Parmi nos observations, 3 cas correspondent à des anastomoses sur rectum malade. Les observations n^{os} 7, 8 et 13.

Dans la littérature, nous avons relevé quelques statistiques relatives à ce chapitre :

— AYLETT est l'un des premiers partisans de ces tentatives. Sa série porte sur 120 cas.

— MAYO et BRODERS : sur 30 anastomoses iléo-rectales, 8 fois seulement le rectum était sain. Il était altéré 22 fois (ulcérations 13 fois, pseudo-polypes 2 fois, rétrécissement léger 1 fois, fissures anales 6 fois). (Sur les 25 malades suivis, ils observèrent 22 succès dont 15 avaient eu des lésions rectales.)

— ALBERT et COATES rapportent 12 anastomoses et admettent les critères de lésions mineures précitées.

— MONGE et DE VERNEJOUL : après traitement d'une fistule recto-vaginale, pratiquèrent un mois après une anastomose iléo-rectale avec succès.

2) *Les risques:*

Les risques encourus sont ceux *des sutures en tissu pathologique et ceux propres à la maladie même*. Ainsi, plusieurs complications sont à redouter :

- La *désunion* de la suture et la *péritonite*.
- Les complications inflammatoires locales, *aiguës* et *suppurées*, ou *subaiguës*, qui prédisposent aux *occlusions*.
- La *rectite résiduelle* ou *prise évolutive rectale* de la maladie.
- La *sténose* de l'anastomose qui peut être grave par ses conséquences sur le transit et son retentissement en amont.
- *L'iléite ascendante post-opératoire*. Elle a été décrite initialement comme complication en amont de l'iléostomie abdominale. Sa traduction clinique est devenue classique, c'est le dysfonctionnement du stroma (les écoulements iléaux augmentent en abondance, les émissions péristaltiques incessantes et douloureuses entraînent de graves désordres hydro-électrolytiques et un état sub-occlusif vite alarmant). L'aspect anatomique et histologique de l'iléite ulcéreuse offre de grandes analogies avec les lésions coliques. Ces faits avaient été initialement interprétés comme une extension à l'iléon de la maladie colique.

WARREN, MC KITTRICK, puis COUNSELL, ont été les premiers à dissocier cette complication du cadre de la maladie pour ne voir en elle que *la conséquence de l'obstruction au niveau de l'orifice d'iléostomie*. Cette interprétation paraît prouvée par le fait que les lésions iléales commencent immédiatement en amont du point de pénétration pariétale de l'iléon et par le fait que de telles lésions ont pu être observées sur des iléostomies pratiquées pour polyposes rectocoliques.

J. LOYGUE, FLORENT et GOT pensent que les *lésions d'iléites* qui ont pu être observées dans quelques cas d'anastomoses iléo-rectales ou anales, *relèvent d'une cause similaire: le rétrécissement de l'anastomose*. D'ailleurs, s'il s'agissait d'une extension iléale du processus de la maladie ulcéreuse, il est probable que cette complication serait observée beaucoup plus fréquemment par ceux qui, comme AYLETT et MAYO, pratiquent fréquemment des anastomoses sur rectum malade.

L'observation n° 13 illustre un cas d'iléite ascendante post-opératoire en amont d'une sténose inflammatoire.

— La dernière complication majeure à envisager est la *dégénérescence maligne*, c'est la plus grave, et elle représente l'argument essentiel pour ceux qui préconisent la côlo-proctectomie totale de principe.

Quelques caractéristiques de la dégénérescence sur rectocôlite méritent d'être rappelées. Sa *fréquence* est diversement appréciée. Voici quelques chiffres.

- 1,5 à 3,5 % des rectocôlites en général ;
- 4 à 8 % des formes chirurgicales pour KIRSNER ;
- 3,9 % des formes chirurgicales pour GARLOCK LYONS ;
- 5 % des formes chirurgicales pour RANKIN ;
- 5 à 12 % des formes chirurgicales pour CATTELL .

— CUTHBERT, E. DUKES et H.E. LOCKHART MUMMERY retrouvent 8 cancers sur 183 pièces de côlectomies pour R.C.H., soit 5 %, donc beaucoup plus fréquemment que sur un groupe d'individus de même âge moyen (quarante-deux ans) pris au hasard et non côlitiques. Pour SLOAN et GANGE, le risque serait 30 fois supérieur.

Ce risque semble beaucoup moins important chez nous et prend moins de poids dans les indications thérapeutiques :

- 0,5 % en général pour RACHET et BUSSON ;
- 1 % pour HILLEMAND.

La non distinction entre pseudo-polype inflammatoire et polypose vraie semble exister dans certaines statistiques étrangères ; ceci peut être responsable des différentes appréciations de la fréquence du cancer.

Les *risques augmentent avec l'ancienneté* de la maladie, *surtout après la dixième année d'évolution*. La proportion s'élève alors considérablement :

- 25 à 50 % (CATTELL) ;
- 45 % (COUNSELL, DUKES) ;
- 36 % (GARLOCK) ;
- 28 % (BACON) ;
- 35 % si douze à vingt-deux ans d'évolution, alors que jamais avant dix ans d'évolution chez l'enfant (LANGUERCANTZ). Le maximum de fréquence survenant pour la durée moyenne de 15,4 années d'ancienneté, selon ROSENQUIST.

L'âge relativement *jeune* des sujets au moment de la survenue de la dégénérescence est également caractéristique. Il est en moyenne de 32,3 ans, alors que l'âge moyen de survenue des cancers coliques

chez les sujets non colitiques est de 60 ans, selon la statistique de HULTBORN (1952), en Suède, ou au moins 40 ans selon d'autres statistiques .

Il s'agit en règle de *cancers graves* aigus et parfois *plurifocaux*. Ils métastasent au foie et sur le péritoine. Sur 23 cancers sur recto-côlite opérés par ROSENQUIST :

- 12 fois la métastase était présente lors de l'intervention ;
- 11 fois la résection fut possible dont 4 seulement survient ;

ce qui porte sur les 26 cancers diagnostiqués, 22 morts dans l'année qui suit la découverte du cancer, ceci correspondant à la mortalité de 77 à 97 % estimée par BACON, en 1958.

Devant cette menace, il est important de tenir compte des signes pouvant faire redouter le cancer :

- *La longue évolution* de la maladie (plus de dix ans en moyenne).

- *Les lésions anatomiques chroniques*.

- *Radiologiquement*, un raccourcissement avec un rétrécissement important peuvent être considérés comme des aspects pré-cancéreux, selon ROSENQUIST.

- *Les pseudo-polypes* sont également les témoins d'une longue évolution.

- Enfin, il faut savoir que la *dégénérescence peut survenir après une longue période de latence de la maladie* de une à plusieurs années (ce fut 19 fois le cas sur les 26 observations étudiées par ROSENQUIST). Notons enfin que le siège du cancer ne fut que 2 fois recto-sigmoïdien, et 24 fois en amont sur le cadre colique.

- *Les risques fonctionnels* des anastomoses iléo-rectales sont moins importants que ceux de l'iléo-anostomie. *L'incontinence* peut exister les premiers jours, mais elle disparaît assez rapidement. Par contre, on peut observer une *diarrhée persistante*, une *fréquence anormale des selles*, en particulier lorsque le rectum présente une sclérose pariétale. Ces inconvénients ne sont pas négligeables, mais n'ont rien de comparable à l'inconfort d'une iléostomie abdominale et ne doivent pas plaider contre la méthode.

3) *Justification:*

La justification de l'anastomose sur rectum malade est fondée pour plusieurs auteurs, et en particulier AYLETT, sur plusieurs arguments.

a) LA MORTALITÉ

Elle peut être abaissée à condition de respecter quelques précautions :

— *Dans les cas graves* (forme fulminante, choc opératoire au cours de l'exérèse), le rétablissement doit être opéré en deux temps. Lors de l'exérèse, l'iléon et le sommet du rectum après large mobilisation sont extériorisés au-dessus du pubis, et le rétablissement est remis à un temps ultérieur.

— *Dans les cas moins sérieux*, l'anastomose est faite d'emblée, mais une *iléostomie latérale directe en amont* protège l'anastomose. Vers la troisième semaine, on vérifie l'étanchéité de la suture par un examen baryté avant de refermer la soupape iléale. Parfois même, celle-ci se fermerait spontanément et sans incident, selon AYLETT.

— *En cas d'occlusion secondaire*, il convient de réintervenir rapidement lorsque l'aspiration duodénale et une réanimation correcte n'ont pas fait preuve de leur efficacité. *Ainsi, la mortalité opératoire peut être abaissée au-dessous de 5 %.*

b) LE RISQUE DE CANCER

Semble en définitive rare si l'on veut bien *tenir compte de certaines contre-indications* : ancienneté de la maladie, présence d'un cancer colique pouvant faire redouter la même évolution ultérieure au niveau du rectum.

c) LA RECTITE RÉSIDUELLE

Elle est un risque incontestable, mais peut-être sa fréquence a-t-elle été exagérée. AYLETT a été le premier à montrer que, non seulement l'anastomose sur rectum malade était possible, mais encore que l'on pouvait espérer dans ces conditions mêmes, *la guérison des lésions rectales*. Son expérience actuelle est très importante puisqu'elle porte sur 120 cas, et il montre des preuves objectives de cette guérison. *Macroscopiquement*, il observe une cicatrisation des ulcérations et un certain degré de sclérose pariétale qui limite la distension du rectum. Les examens *histologiques* des biopsies rectales montrent une réépithélialisation complète sans restitution intégrale cependant des éléments glandulaires de la muqueuse. La fibrose sous-jacente rend compte du défaut partiel de souplesse pariétale. L'opinion de

AYLETT est que, pour obtenir cette guérison, il faut pratiquer une *côlectomie totale de principe*. En effet :

1° La côlectomie totale *supprime les lésions évolutives*. Ceci permet de juguler les phénomènes toxi-infectieux, de rétablir l'état général et d'obtenir la guérison rectale malgré l'anastomose.

2° La côlectomie *doit être totale*, car le maximum des lésions siège sur le côlon. Les pièces d'exérèse pratiquées à Saint-Mark's Hospital montrent la fréquence d'une transition nette des lésions entre le côlon et le rectum. Cela paraît être effectivement plutôt le cas de la *côlite ulcéreuse* décrite par les Anglo-Saxons, que celui de la recto-côlite ulcéro-hémorragique des auteurs français. *Ainsi, AYLETT* pense que l'anastomose doit porter *dans tous les cas sur le rectum et non le sigmoïde*. Sa conception est entièrement partagée par RUPERT et CORBETT qui, pour les mêmes raisons, conseillent d'étendre au besoin l'exérèse suffisamment bas sur le rectum pour ne faire porter l'anastomose que sur des tissus sains ou à lésions quiescentes.

Selon ces auteurs, il semble donc que l'on soit *autorisé à effectuer des anastomoses sur rectum malade*. L'essentiel est d'avoir réalisé une *côlectomie totale* qui peut d'ailleurs déborder sur le rectum afin d'avoir pratiqué l'*exérèse des lésions évolutives majeures*, et crée ainsi des conditions permettant la cicatrisation rectale, même après rétablissement de la continuité.

d) Etant donné que le risque vital est réduit et que la continence sphinctérienne est assurée, les partisans de cette méthode pensent enfin que tout est à gagner et rien à perdre. En effet, il est *toujours temps en cas d'échec de recourir à l'amputation rectale et à l'iléostomie abdominale*. Ceci peut ne devenir nécessaire que plusieurs années après le rétablissement iléo-rectal, et, pendant ce laps de temps, l'inconfort de l'iléostomie abdominale est évité. Dans l'observation n° 13, l'iléostomie abdominale fut finalement nécessaire, mais le sursis apporté au malade ne fut que de six mois.

4) *Les résultats :*

Les résultats de nos 3 observations sont les suivants : les observations n° 7 et n° 8, dues à Monsieur SOUPAULT, sont 2 succès, avec un recul de cinq ans et deux ans.

L'observation n° 13 est due à J. LOYGUE. La sténose de l'anastomose et l'iléite ascendante post-opératoire entraînèrent occlusion et péritonite, et l'iléostomie abdominale fut établie et la malade sauvée non sans peine.

Les résultats des anastomoses iléo-rectales publiés dans la littérature ne précisent pas toujours la proportion des anastomoses faites sur rectum malade par rapport à celles faites sur rectum sain. Aussi, rapporterons-nous globalement à la fin du chapitre suivant les principales statistiques d'anastomose iléo-rectale sans faire état de cette distinction.

III. — ANASTOMOSES ILÉO-RECTALES OU ILÉO-SIGMOIDIENNES SUR RECTUM OU SIGMOÏDE SAIN

1) *Indications:*

Les indications correspondant à ce chapitre sont représentées par la *côlite ulcéreuse* ou « ulcerative-colitis » des Anglo-Saxons. Bien que l'intégrité recto-sigmoïdienne ne soit pas toujours facile à affirmer, il est cependant un certain nombre de cas où la différence est nette avec les formes de rectocôlite ulcéro-hémorragique telles que nous venons de les envisager.

Dans ce cadre d'indications, entrent également pour certains les formes d'atteinte encore plus limitées, formes *segmentaires*, la cœlectomie totale de principe est, selon GOLIGHER en particulier, la meilleure intervention pour ces côlites segmentaires.

L'anastomose sur rectum sain doit faire évoquer *un cas particulier* : celui du rectum primitivement malade et *secondairement guéri*. En présence de lésions rectales avancées et peu compatibles apparemment avec une anastomose d'emblée, on a proposé une fois la cœlectomie achevée, d'extérioriser le sigmoïde pour permettre la guérison du rectum en vue d'une anastomose retardée. Cette évolution est possible, mais, hélas, rare. Il semble que, si les lésions distales sont telles qu'elles contre-indiquent l'anastomose d'emblée, elles ont toutes chances de rester identiques même après cœlectomie et dérivation du cours des matières. C'est l'opinion de DELANNOY qui, sur 6 cas dans les mêmes circonstances, a dû 5 fois amputer secondairement le rectum. MAYO, FLAY, CONNELLY rapportent également 9 cas sur lesquels : 7 fois le rétablissement ne put être secondairement réalisé.

L'observation n° 19 de J. LOYGUE représente un exemple identique.

Sans trop espérer de cette tactique, elle peut permettre cependant de réaliser dans quelques cas une guérison rectale propice à l'anastomose.

2) *Risques:*

Les anastomoses, dans ces conditions, ne sont évidemment pas exemptes des risques que nous avons vus à propos de l'anastomose sur rectum malade. Elles sont cependant certainement moindres et ceci doit inciter à les justifier.

3) *Justifications:*

1° Le *risque vital* est diminué car il s'agit de sutures en tissu sain.

2° Les *complications propres à la maladie* sont certes possibles. Cependant, la rectite ou la *récidive rectale*, si elle survient, apparaît souvent bénigne, telle une *simple ulcération* sans retentissement fonctionnel ni général (on en trouvera un exemple dans l'observation n° 11). Cette récurrence peut également *s'étendre à la jonction recto-sigmoïdienne, mais de façon assez localisée*, pour qu'on puisse la combattre par une nouvelle résection avec un nouveau rétablissement de la continuité. Deux exemples en sont fournis dans les observations n°s 6 et 16.

La *dégénérescence cancéreuse* paraît avoir moins de chance de survenir dans ces conditions. La *sténose* et l'*iléite* ascendante ne semblent pas non plus une menace fréquente, aux dires des auteurs anglo-saxons qui ont une expérience assez poussée sur ce sujet.

3° La discussion qui se pose est celle du *siège précis de l'anastomose*.

a) Nous avons déjà dit qu'AYLETT préconise formellement d'étendre l'exérèse à tout le côlon et de pratiquer *dans tous les cas l'anastomose sur le rectum*, ceci dans le but de réduire les risques de récurrence. On peut se demander si les deux observations n°s 6 et 16 ne viennent pas appuyer cette opinion. En effet, la récurrence recto-sigmoïdienne aurait peut-être été évitée si l'anastomose n'avait pas été faite initialement sur le sigmoïde.

b) A l'inverse, on peut se demander s'il ne faut pas, lorsque les lésions sont moins étendues, *réduire encore l'exérèse* et faire porter l'anastomose sur le côlon iliaque ou au-dessus lorsque ces segments sont indemnes.

AYLETT, CORBETT, GOLIGHER sont partisans de la côlectomie totale de principe. D'autres auteurs semblent plus enclins à limiter l'exérèse même si les risques de récurrence en sont accrus. Rien dans l'état actuel de nos connaissances nous paraît pouvoir trancher le débat.

4) *Les résultats:*

Nous rapportons 4 observations.

- L'OBSERVATION N° 6 de M. CHAMPEAU est une anastomose iléo-sigmoïdienne, transformée secondairement en iléo-rectale après résection recto-sigmoïdienne pour récidive. La guérison est actuellement stable depuis quatre ans.
- L'OBSERVATION N° 11 est une côlectomie subtotale avec anastomose iléo-sigmoïdienne en un temps due à J. LOYGUE. La malade paraît guérie depuis deux ans et demi, malgré la persistance d'une petite ulcération rectale.
- L'OBSERVATION N° 16 du même auteur correspond à une anastomose iléo-sigmoïdienne en un temps qui a dû faire l'objet d'une résection recto-sigmoïdienne pour récidive et rétablissement iléo-rectal. Le résultat est bon, mais le malade n'a pu être suivi qu'un an.
- Dans l'OBSERVATION N° 17, il s'agit d'une opérée de CHARRIER, qui a subi il y a dix ans une anastomose iléo-sigmoïdienne. La guérison est stable depuis cette époque.

Dans tous les cas précédents, la continence est excellente.

5) *Statistiques:*

Nous rapportons maintenant quelques *statistiques d'anastomose iléo-rectale ou iléo-sigmoïdienne* relevées dans la littérature.

Un certain nombre d'auteurs se sont élevés contre le rétablissement de la continuité intestinal après côlectomie totale pour recto-côlite au Congrès International de Gastro-Entérologie de Londres (juillet 1956). Nous citerons quelques auteurs :

BROOKE, sur 126 interventions pour rectocôlites, ne pratiqua que 9 anastomoses iléo-rectales ou sigmoïdiennes, avec 6 succès et 3 échecs.

STRAUSS, sur 56 anastomoses iléo-sigmoïdiennes, compte 47 cas où sont survenues des complications rectales (ulcérations, diarrhées importantes) et le risque de cancer lui fait rejeter ce procédé.

GABRIEL, en 1953, sur 6 anastomoses iléo-sigmoïdiennes, a 1 décès et 5 échecs. L'iléostomie abdominale ayant dû être rétablie dans des délais variant de un à quatre ans.

Parmi les opposants, citons encore : BROWN, GLECKER et JONES, BACON et TRIMPI, DENNIS.

Un certain nombre d'auteurs sont, par contre, *nettement favorables* à ces anastomoses.

GOLIGHER a opéré 109 rectocôlites. Il a pratiqué 22 fois l'anastomose iléo-rectale ou sigmoïdienne. Selon lui, les indications idéales sont les formes segmentaires, puisque sur 11 cas, il obtient 11 succès. Dans les formes diffuses, il n'admet l'anastomose que lorsque les lésions sont mineures au niveau du rectum. Sur les 11 dernières anastomoses, ses résultats sont : 6 succès et 5 échecs (rectite sévère, diarrhée profuse), 4 fois l'iléostomie abdominale a été rétablie. Un cas est en attente, mais devra subir probablement le même sort.

C'est AYLETT qui présente la plus forte statistique d'anastomose iléo-rectale, puisqu'elle atteignait en mai 1959, 120 cas. Voici l'ensemble de ses résultats :

- Mortalité opératoire : 6, soit 5 %.
- Complications post-opératoires : occlusion nécessitant intervention : 12 (10 précoces et 2 tardives).
- Toutes les autres passent au second plan (fistule stercorale, abcès pelvien, fistule anale, hémorragie secondaire...).
- Les résultats à distance : sur 120 cas, 6 décès opératoires (5 %), 1 décès par infarctus du myocarde, 1 décès par cancer, mais celui-ci était présent lors de l'intervention initiale.
- Restent 112 survivants, parmi lesquels : 101 cas ont des résultats excellents. Quant aux autres, ils se répartissent ainsi : 1 cancer secondaire en survie, 1 malade sorti précocement de l'hôpital, 3 échecs, 6 cas récents.

Sur le plan fonctionnel, la qualité des résultats est excellente puisque 85 % ont moins de 6 selles par vingt-quatre heures, et 15 % seulement ont plus de 6 selles sans que cela gêne apparemment leur activité. Il faut noter que parfois une certaine période d'adaptation est nécessaire, mais que la continence est toujours recouvrée.

CHARLES, MAYO et BRODERS ont pratiqué 30 anastomoses. 25 ont été suivies. Les résultats sont :

- 22 succès (activité normale, 5 à 12 selles par jour);
- 2 échecs ;
- 1 décès.

ALBERT et COATES, sur 36 opérés, ont réalisé 12 fois l'anastomose iléo-rectale :

- 10 résultats sont excellents (dont 7 avec un recul de dix ans);
- 2 décès, dont un seul post-opératoire. L'autre, de cause intercurrente.

CORBETT fait état de 17 anastomoses (10 sur le sigmoïde et 7 sur le rectum). Ces résultats sont les suivants :

- 12 succès ;
- 2 décès ;
- 2 récidives ;
- 1 iléite.

D'autres auteurs sont favorables à l'anastomose. Nous relevons leurs résultats dans le tableau récapitulatif global suivant :

RESULTATS DES ANASTOMOSES ILEO-RECTALES
OU ILEO-SIGMOIDIENNES
POUR RECTOCOLITE ULCERO-HEMORRAGIQUE

Auteurs	Nombre de cas	Décès	Echecs	Succès
BROOKE	9		3	6
BROWN	6	3		3
STRAUSS	56		47	
GABRIEL	6	1	5	
BACON			3	
DENNIS	56	Mauvais résultats fonctionnels en général		
AYLETT	120	6 + 2	5	101 + 6 récents
GOLIGHER	22		5	17
MAYO BROTHERS	25	1	2	22
ALBERT E COATES	12	2		10
CORBETT	17	2	3	12
WANGENSTEEN				13
RAVEN				4
DELOYERS	2			2
MONGE et DE VERNE- JOUL				1
GÉRARD et DUPREZ ..				2
Nos observations	7		1	6

Au terme de ce chapitre, voici les *quelques remarques* que nous croyons pouvoir dégager :

1° *La mortalité* est faible (environ 5 %). Les auteurs qui sont hostiles à cette technique se fondent plus sur la critique des résultats fonctionnels et sur la menace de récidive ou de dégénérescence que sur des raisons d'ordre vital immédiat.

2° *Les résultats fonctionnels* paraissent pourtant dans l'ensemble satisfaisants. La *continence sphinctérienne peut être assurée*. Il faut cependant savoir qu'une certaine proportion de malades conserve une diarrhée constituant une incapacité partielle. Il faut donc éviter de pratiquer ces anastomoses lorsque la qualité de l'appareil sphinctérien paraît douteux ou lorsqu'il s'agit de femmes âgées présentant une déficience du plancher périnéal.

3° *Le risque de dégénérescence* chez les sujets correctement sélectionnés est faible, mais sa gravité est telle qu'une surveillance post-opératoire régulière est indispensable. A ce titre, les anastomoses iléo-rectales offrent des garanties certaines car elles permettent un contrôle rectoscopique efficace et complet du rectum, de l'anastomose et de l'iléon en amont. Rappelons que l'anastomose doit pour ces raisons être termino-terminale.

4° Le principe de l'anastomose sur *rectum sain* paraît raisonnable. Celui de l'utilisation du *rectum malade* tend à être admis par quelques auteurs à la suite de l'expérience d'AYLETT.

5° Ainsi, l'anastomose iléo-rectale nous paraît *mériter des indications plus larges qu'elle n'en a connu jusqu'ici*. Ses inconvénients et ses risques nous paraissent largement compensés par les avantages de la continence sphinctérienne qu'elle garantit.

IV. — LES EXÉRÈSES MOINS ÉTENDUES

Elles comprennent :

- *l'hémicôlectomie droite* suivie d'anastomose iléo-colique ;
- *l'hémicôlectomie gauche* suivie d'anastomose côlo-colique ;
- *la côlectomie gauche élargie en amont avec bascule du côlon droit*, suivie d'anastomose côlo-rectale ou côlo-anale ;
- *les côlectomies segmentaires* suivies de rétablissement côlo-colique.

1) *Indications :*

Tous ces cas s'adressent aux formes limitées de la cœlite ulcéreuse, les formes segmentaires.

2) *Risques:*

Ces exérèses limitées exposent à l'extension secondaire du processus pathologique ulcéreux sur le territoire colique conservé, ainsi qu'à la dégénérescence maligne.

Cette dernière est d'autant plus redoutable que la rectoscopie ne permet pas une exploration complète et que la radiographie est un moyen de contrôle indirect qui peut être mis en défaut.

3) *Justifications:*

Les arguments de justification sont d'ordre anatomo-clinique. BOCKUS, en 1956, a établi une classification de la maladie et il distingue trois types principaux. A côté du *type distal classique* (85 %), à point de départ recto-sigmoïdien et extension ascendante des lésions, il distingue : *l'entérocolite* (à prédominance droite) et le *type régional ou segmentaire*.

Ce sont ces deux dernières formes qui concernent les indications de ce chapitre. BOCKUS a tenté d'établir un pronostic d'évolution anatomique en fonction de l'atteinte initiale. Il conclut que l'extensivité est plus fréquente dans le type distal classique et moins fréquente lorsqu'il s'agit des deux autres formes.

L'opinion de DELOYERS sur la colite ulcéreuse est identique. Il dit, en effet :

« Malgré son évolution cyclique et récidivante, elle circonscrit dès sa première poussée le territoire colique auquel elle s'attaquera sans le dépasser au cours des crises ultérieures. »

Sur le plan pratique, il est bien difficile de dire devant un cas vu en début d'évolution que l'atteinte est localisée et le restera.

Dans un certain nombre d'atteintes segmentaires, il semble qu'on puisse, cependant, tabler sur cette évolution et tenter la *résection économique*. Si cette attitude peut paraître *aléatoire devant un cas récent*, elle semble par contre beaucoup *plus fondée lorsqu'un recul suffisant, de plusieurs années parfois, est venu confirmer le potentiel localisé de l'affection*. Ce paraît être là la meilleure indication des résections segmentaires.

Ajoutons que le jeune âge de certains malades peut également inciter à la même attitude ; ce fut le cas dans l'observation n° 10.

Certains arguments de justifications envisagés au chapitre précédent sont également valables ici : la récidive, si elle survient, ne *compromet pas le pronostic vital*. Elle est habituellement limitée et bénigne

(comme c'est le cas pour les observations n^{os} 12 et 20). Si elle est plus importante, elle peut toujours faire l'objet d'une exérèse complémentaire (comme dans l'observation n^o 10). En définitive, le bon critère serait celui qui permettrait de distinguer les côlites vraies des formes de début de rectocôlie à potentiel extensif. Mais, hélas, cette distinction est difficile au moins au début.

4) *Résultats:*

L'observation n^o 9 du Professeur agrégé THOMERET et l'observation n^o 2 du Docteur AUDOUIN concernent 2 côlectomies gauches élargies vers la droite avec bascule du côlon droit. Toutes deux ont abouti à un résultat *fonctionnel satisfaisant*. Notons que, à l'encontre des autres exérèses incomplètes du côlon, l'abaissement du côlon droit à l'anus, si le segment conservé n'est pas trop long, permet un contrôle rectoscopique complet et offre à ce titre une sécurité appréciable. Les cas identiques sont encore peu nombreux, à la suite des publications de COURRIADES et de DELOYERS.

L'observation n^o 20 de J. LOYGUE et l'observation n^o 25 du Professeur agrégé COMTE correspondent à deux hémicôlectomies droites suivies d'anastomose iléo-colique. La première est guérie depuis sept ans ; la deuxième a présenté une récurrence localisée au niveau de l'anastomose et une résection complémentaire est envisagée.

Les observations de côlectomie *gauche* que nous rapportons sont dues à J. LOYGUE.

- L'OBSERVATION N^o 12 est une résection gauche avec anastomose côlo-rectale. La malade paraît guérie, mais elle conserve une petite ulcération rectale non évolutive.
- L'OBSERVATION N^o 14 correspond à une résection plus limitée encore, suivie d'anastomose côlo-sigmoïdienne. Le résultat est excellent, mais trop récent encore.
- L'OBSERVATION N^o 18 correspond à une résection segmentaire gauche avec extériorisation sigmoïdienne. La rétablissement de la continuité a été effectué très récemment.
- L'OBSERVATION N^o 10 est un échec de résection droite, puis gauche, effectuées chez une fillette, et qui a nécessité une côlo-proctectomie totale et iléo-anostomie, elle a été citée précédemment.

Les publications relatives à ces côlectomies segmentaires ne sont pas très nombreuses. Les opinions sont assez partagées sur ces indications ; aussi, ne ferons-nous que citer quelques exemples :

DELOYERS est partisan des résections économiques : il a publié une bascule du côlon droit, 2 hémicôlectomies droites, avec rétablissement iléo-colique, couronnées de succès, avec un recul de quatre ans et trois ans.

GÉRARD et DUPREZ, au Congrès de Bruxelles de 1959, rapportent :

- 5 hémicôlectomies droites avec les résultats suivants : 1 non améliorée, 1 récurrence et 3 guérisons, avec recul de trois, six et huit ans ;
- 3 hémicôlectomies gauches avec : 1 récurrence, et décès. Le malade a refusé la réintervention, 2 guérisons, avec trois et quatre ans de recul.

« Economie dans la résection », constitue un des termes de leurs conclusions.

Par contre, DELANNOY et MIALARET sont plus portés vers la côlectomie totale de principe. Ils rejoignent en cela l'opinion de GOLIGHER pour qui ces formes segmentaires représentent l'indication la plus heureuse de la côlectomie totale et de l'anastomose iléo-rectale.

En conclusion, techniquement aisées et fonctionnellement satisfaisantes, ces résections segmentaires permettent des guérisons confortables. Le risque de récurrence et la nécessité de réintervention est à craindre, mais ne paraît pas devoir condamner ces tentatives.

Après avoir exposé les différentes possibilités de rétablissement de la continuité digestive, il convient d'envisager pour conclure ce chapitre :

LA CHRONOLOGIE DE CES INTERVENTIONS

dans le cadre de la rectocôlite ulcéro-hémorragique.

Quelques *directives générales* semblent pouvoir être actuellement dégagées :

1° Avec les progrès de la technique, l'évolution se fait vers LA RÉDUCTION DU NOMBRE DES TEMPS OPÉRATOIRES. En effet :

a) L'iléostomie seule, intervention de dérivation isolée, n'est plus pratiquée. L'exérèse est à peu près toujours effectuée d'emblée, dans le même temps. La côlectomie est en effet impérative en présence de complications aiguës et nécessaire, sinon très urgente, dans les autres cas pour obtenir la guérison et le rétablissement de l'état général.

b) La côlectomie totale, lorsqu'elle est décidée, est actuellement faite en un seul temps et non plus fractionnée.

2° L'HEURE DU RÉTABLISSEMENT PAR RAPPORT A L'EXÉRÈSE peut être envisagée en fonction du type d'intervention en cause :

a) *Lorsque l'anastomose iléo-rectale est prévue :*

- si le *rectum* est sain, le rétablissement immédiat en *un temps* est indiqué ;
- si le *rectum* est malade, l'attitude dépend d'une position de principe : ou bien on admet l'anastomose sur rectum malade et le rétablissement peut être effectué en *un temps* et au besoin protégé par l'iléostomie latérale d'amont « *safety valve* » ; ou bien on récuse cette indication et le rétablissement est reporté à un *deuxième temps* après hypothétique guérison du rectum sous dérivation.

Des conditions d'ordre général peuvent intervenir et modifier le programme opératoire prévu. Lorsque l'état du sujet donne des inquiétudes au cours de l'exérèse, il peut être nécessaire de renoncer à un projet de rétablissement d'emblée et de terminer l'intervention par l'iléostomie et l'extériorisation du sigmoïde pour réserver le rétablissement à un temps ultérieur (intervention en *deux temps d'indication vitale*).

b) *Lorsque l'anastomose iléo-anale est prévue :* le danger est de toutes façons tel que la technique en *un temps* de RAVITCH paraît la plus risquée. Probablement, vaudrait-il mieux recourir aux méthodes en *deux ou trois temps*, selon les indications données par SCHNEIDER.

c) Lorsqu'il s'agit d'hémicôlectomies ou de côlectomies segmentaires, le rétablissement de la continuité intestinale est effectué d'emblée.

Les fractionnements opératoires des observations dont nous disposons se répartissent ainsi, sur 19 rétablissements pour rectocôlite :

Type de rétablissement		3 temps	2 temps	1 temps
Iléo-anal	6	3	2	1
Iléo-rectal	7	0	3	4
Bascule Dt	2	0	1	1
Segmentaire ou hémicôlectomies	5	0	1	4

CHAPITRE III

RETABLISSEMENT DE CONTINUITE INTESTINALE APRES EXERESSES COLORECTALES DANS LE CADRE POLYPOSE RECTOCOLIQUE

GÉNÉRALITÉS

La polypose rectocolique revêt divers aspects. Avec RACHET et BUSSON, on peut individualiser :

1) *La polypose diffuse* caractérisée par la confluence des éléments adénomateux.

— *La forme diffuse généralisée et familiale* comporte une évolution spontanée à peu près inéluctable vers la dégénérescence maligne.

— *La forme diffuse segmentaire* affecte une topographie généralement recto-sigmoïdienne.

2) *La polypose multiple disséminée* est caractérisée par une distribution dispersée de polypes sur le cadre colique ou seulement sur un territoire localisé : *forme disséminée segmentaire*.

Le trait d'union entre toutes ces formes est la *structure anatomique* commune de ces polypes. Qu'ils soient sessiles ou pédiculisés, ils ont la structure de l'*adénome bénin*, composé d'un axe conjonctivo-vasculaire issu de la sous-muqueuse et revêtu d'une couche muqueuse épithéliale unistratifiée normale comme la muqueuse avoisinante. Ils se différencient en cela des pseudo-polypes inflammatoires ayant la structure du bourgeon charnu. Sur le plan *pronostic*, enfin, un risque commun les relie : sa *dégénérescence maligne*.

« Ce risque semble décroître régulièrement avec le nombre des polypes, sans cependant cesser de demeurer, la polypose colique dénonçant une aptitude prolifératrice de la muqueuse d'autant plus redoutable qu'elle est plus marquée. » (Roux.)

Ce potentiel de malignité est admis actuellement et de nombreux travaux ont précisé les aspects de transition entre l'adénome et le cancer (LOCKHART MUMMERY et DUKES, SCHMIEDEN et WESTHUES).

De ces généralités découlent *les incidences thérapeutiques suivantes* :

- le traitement de la polypose rectocolique *ne peut être que chirurgical* dans tous les cas ;
- le *risque de dégénérescence impose des résections côlo-rectales larges ou totales*, de sorte que parmi les méthodes conservatrices, les deux principales sont : le rétablissement *iléo-rectal* et le rétablissement *iléo-anal*. Les *résections segmentaires* n'ont que d'exceptionnelles indications.

Nous envisagerons successivement ces trois éventualités :

I. — COLECTOMIE TOTALE

SUIVIE D'ANASTOMOSE ILEO-RECTALE AVEC CONTROLE DES POLYPPES RECTAUX PAR ELECTROCOAGULATION

1) *Les indications de la colectomie totale* :

Elles concernent les formes *disséminées* ou *diffuses segmentaires*, ou plus généralement *toutes celles comportant une intégrité rectale totale ou relative*, et permettant une destruction des polypes rectaux par électrocoagulation.

Ils ne doivent pas, en effet, être trop nombreux ni trop volumineux et sessiles, car leur destruction entraînerait des cicatrices ou une sténose incompatibles avec le résultat fonctionnel recherché.

2) *Les risques* :

Les risques de cette conservation rectale sont évidemment la *dégénérescence*.

— Malgré la surveillance ultérieure, plusieurs cas de cancer rectal secondaire ont été rapportés par MAYO, DE WARDS et JACKMAN ; 1 cas sur les 29 anastomoses iléo-rectales de LOCKHART MUMMERY et DUKES pratiquées depuis 1946 : il s'agit d'une femme de trente-deux ans opérée en 1950, suivie régulièrement et chez laquelle plusieurs électrocoagulations complémentaires avaient été faites. En mars 1952, est apparue une petite ulcération dure à la face posté-

rieure du rectum qui s'avère être un cancer. Après iléostomie et amputation rectale, d'une difficulté inhabituelle, la malade devait mourir dans les suites opératoires.

— William SMITH et Raymond JACKMAN, sur 86 survivants après anastomose iléo-rectale, mentionnent 13 cancers secondaires. Mais, pour la plupart, un cancer était présent lors de la première intervention, et beaucoup de ces cas sont considérés par les auteurs comme de mauvaises indications.

— CHARRIER, BERGERET, PALUMBO et RAVITCH, RUTVIG, Hox-WORTH et SLAUGHTER rapportent des observations analogues.

3) *Justification:*

La conservation rectale est cependant justifiée par certaines conditions qui doivent augmenter la sécurité de la méthode et minimiser les risques de cancer :

a) LA PRÉCOCITÉ DE L'INTERVENTION

Chez les sujets jeunes, les conditions physiques et psychologiques sont favorables à cette chirurgie majeure. L'indication opératoire, pour ces raisons, tend à être admise, même avant la vingtième année, quoique le cancer soit exceptionnel avant cet âge.

b) LA TACTIQUE OPÉRATOIRE

Chez les sujets de plus de vingt-cinq ans, surtout s'il existe de volumineux polypes ou tous signes pouvant faire suspecter la présence d'un élément dégénéré, il est préférable, selon DUKES et LOCKHART MUMMERY, de pratiquer la *côlectomie d'abord* ; par voie abdominale, on électrocoagule les polypes proches de la tranche avant de faire la suture. Ultérieurement, les polypes inférieurs sont attaqués par rectoscopie. Cette attitude est destinée à empêcher la possibilité de greffe de cellules néoplasiques sur les surfaces cruentées par l'électrocoagulation et à ne pas apporter de retard à la côlectomie.

Chez les sujets de moins de vingt-cinq ans, lorsque le cas paraît bénin, la fulguration est pratiquée en premier et la côlectomie secondairement.

c) LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Moins on garde de rectum et moins grandes sont les possibilités de développement secondaire de polypes et de cancers, et plus facile

sera le contrôle ultérieur. Pour HENCE, 10 à 12 cm de rectum paraît une bonne longueur ; elle correspond à un niveau juste inférieur au promontoire et l'anastomose est d'exécution facile ; les dissections pelviennes sont évitées : les garanties fonctionnelles sont suffisantes et le contrôle rectoscopique aisé.

d) LA NÉCESSITÉ, ENFIN, DE CONTROLES ULTÉRIEURS RIGoureux

Ils sont faits tous les trois ou quatre mois, au début, pour apprécier le potentiel de récurrence des polypes et les électrocoaguler assez précocement. Les contrôles peuvent ensuite être espacés, mais poursuivis plusieurs années. Ceci implique une *sélection* des malades qui doivent être susceptibles de se soumettre à ces examens et en comprendre l'importance. Les contrôles doivent être pratiqués dans d'excellentes conditions, après lavements, et nécessitent parfois l'hospitalisation, et toujours une préparation soignée.

L'ensemble de ces précautions justifient pour beaucoup d'auteurs cette méthode dont la gravité est bien inférieure à celle des iléo-anastomies et les résultats fonctionnels supérieurs.

4) *Résultats :*

Nous disposons de 2 observations de ce type :

- OBSERVATION N° 4 : de CHAMPEAU. Polypose multiple disséminée. Côlectomie totale + anastomose iléo-rectale. Le résultat général et fonctionnel est excellent, avec un recul de huit ans, chez une femme de trente-trois ans.
- OBSERVATION N° 22 : de J. LOYGUE. Polypose rectocolique diffuse familiale, chez un homme de vingt-trois ans. Contrôle préalable des polypes rectaux. Côlectomie subtotale avec anastomose iléo-sigmoïdienne. Excellent résultat ; pas de récurrence, depuis un an.

Dans les publications étrangères, nous avons relevé les résultats suivants :

— LOCKHART MUMMERY et DUKES rapportent 29 anastomoses iléo-rectales, depuis 1946, avec électrocoagulations pré ou post-opératoires :

- 1 décès opératoire ;
- 1 décès par occlusion ;
- 1 décès par cancer rectal secondaire ;
- les 26 autres vont très bien et ont une continence normale.

— N.D. SMITH et J.R. HILL font état de 27 cas. Ils ont toujours conservé un segment recto-sigmoïdien distal entièrement contrôlable par rectoscopie et n'excèdent jamais 25 cm. Sur 27 cas :

- 5 décès : 2 pneumopathies post-opératoires ; 2 décès tardifs (cinq et huit ans après) ; 1 par cancer colique ;
- 22 excellents résultats avec reculs s'étageant de six à dix-neuf ans.

— SHERMAN, T. COLEMAN, ECKERTS présentent 13 cas dont 10 familiaux et 3 multiples disséminés. La mortalité fut nulle. La continence fut normale 12 fois sur 13, 1 seul cas laisse à désirer. Continent le jour, mais incontinence occasionnelle la nuit. Le sacrifice fut toujours inférieur à 20 cm et la longueur du bout distal conservé de 5 à 25 cm.

La surveillance post-opératoire porte sur 13 cas :

- 9 fois des électrocoagulations secondaires furent nécessaires : au minimum à une reprise chez un malade ; au maximum à 12 reprises chez un autre, sans dommage rectal important, ni perte de souplesse ;
- 4 fois, les polypes ne récidivèrent pas.

Les reculs d'observation sont importants de deux à dix ans. Donc, pas de mortalité : pas de cancer rectal secondaire. Excellents résultats fonctionnels 12 fois sur 13.

TABLEAU DES ANASTOMOSES ILEO-RECTALES
POUR POLYPOSE RECTOCOLIQUE

<i>Auteurs</i>	<i>Cas</i>	<i>Décès</i>	<i>Echecs</i>	<i>Bons résultats</i>
LOCKHART	29	3		26
SMITH	27	5		22
SHERMAN	13		1	12
Observations ci-jointes.	2			2
<i>Total :</i>	71	8	1	62

En conclusion, cette technique, par sa faible mortalité, la rareté de ses échecs fonctionnels, a satisfait ceux qui l'ont adoptée.

La dégénérescence rectale secondaire paraît également très rare et ce risque ne nous semble pas devoir faire condamner la méthode par principe. Certains, cependant, du fait du potentiel de malignité que comporte la polypose, en particulier dans ses formes familiales, préfèrent recourir à la coloproctectomie totale de principe.

II. — COLOPROCTECTOMIE ET RÉTABLISSEMENT ILÉO-ANAL

1) *Indications:*

Elle peut donc être *de principe* dans tous les cas, pour certains comme nous venons de le voir, ou *de nécessité*, pour d'autres, lorsqu'on est en présence d'une efflorescence de polypes rectaux, telle que leur électrocoagulation est impossible ou équivaldrait à une destruction du rectum.

La forme rectocolique diffuse familiale en est l'indication la meilleure. Encore faut-il que l'extension de la polypose vers le canal anal permette l'anastomose ou l'intubation, après excision muqueuse. La présence d'une dégénérescence rectale serait également une contre indication à cette tentative.

2) *Les risques:*

Les risques sont du même ordre que ceux envisagés à propos de la rectocôlite. Il s'agit cependant, ici, de sujets plus résistants et psychiquement stables et les tuniques intestinales sont moins altérées, ce qui pour RAVITCH et SCHNEIDER, *justifie* ces tentatives.

3) *Les résultats:*

Les résultats de ces auteurs sont meilleurs pour polypose que rectocôlite.

— RAVITCH, en 1956, fait état de 10 cas de polypose, ainsi traitées avec :

- 8 bons résultats (2 à 6 selles par jour et bon état général, vie normale);
- 2 mauvais cas, avec excoriations périnéales qui impliquent le retour à l'iléostomie abdominale.

Il relève 22 cas (y compris les siens) :

- 17 succès ;
- 5 échecs ;
- Pas de mort.
- BEST, en 1952, mentionnait sur 10 cas personnels :
 - 5 bons résultats ;
 - 5 mauvais (iléostomie 4 fois rétablie);

Il totalisait ses cas avec ceux de DEVINE et WEBB (2), et de RAVITCH (5) et obtenait sur 17 cas :

- 11 bons résultats (2 cas);
- 6 mauvais (5 iléostomies) donc *plus de la moitié d'échecs*.
La mortalité paraît cependant, moindre que dans les cas de rectocôlite.

Parmi les cas publiés en France, nous relevons ceux du Professeur agrégé DUBOURG en 1958, 2 cas :

• *Le premier cas*, il s'agit d'un enfant de douze ans, opéré en 1951, présentant une forme familiale diffuse à prédominance gauche. Dans un premier temps, est réalisée une rectocôlectomie gauche, un anus transverse droit, une section du grêle à 20 cm de l'angle iléo-cæcal avec enfouissement du bout d'aval et abaissement du bout d'amont à l'anus. Après péritonisation, l'anastomose iléo-anale latéro-terminale est effectuée par voie périnéale.

Secondairement (six mois après), hémicôlectomie droite supplémentaire. A noter une réintervention entre temps, pour occlusion. Confirmation histologique d'une polyposé diffuse, sans signe de dégénérescence. Le résultat fonctionnel avec un recul de six ans, était bon. Transit en quatre heures. Trois à quatre selles. « Côlisation du grêle » à la radio.

• *Dans le deuxième cas*, il s'agit d'un homme de trente-quatre ans qui présentait une forme diffuse familiale authentique et chez lequel fut pratiquée une rectocôlectomie avec anastomose iléo-anale latéro-terminale en un temps. Les suites immédiates furent bonnes sur le plan général, mais mauvaises sur le plan fonctionnel, du fait d'une continence imparfaite et d'irritation anale. Après trois ans de recul, le résultat reste encore très discutable, quoique le patient semble en être satisfait. Le nombre des selles est de 7 par jour environ, mais sa continence est très imparfaite, puisqu'il doit se garnir jour et nuit; une émission anale à l'occasion des repas, du fait d'un réflexe gastro-iléal, l'oblige à prendre ceux-ci sur un « fauteuil commode » et il est obligé de se changer la nuit vers 1 à 2 heures du matin.

— CHARRIER et HILLERMAND ont une observation significative :

En « 1939 : nettoyage du recto-sigmoïde, iléo-sigmoïdostomie et cœlectomie. De 1939 à 1946 : réapparition de nombreux polypes sur la muqueuse rectale, distension du moignon sus-jacent à l'anastomose qui est rempli, lui aussi, de polypes. Aspect colique de la fin de l'iléon.

En 1946 : réintervention par CHARRIER, pour supprimer ce pseudo-appendice : constatation, alors, à son niveau, d'un petit cancer et d'un minuscule

cancer rectal. Ces deux cancers ont été méconnus radiologiquement et rectoscopiquement; amputation du rectum, résection de la muqueuse anale, intubation de l'iléon dans le canal ».

Les suites ont été excellentes, pendant cinq ans. La continence très bonne.

Mais, cinq ans plus tard, la malade présentait une tumeur de Kruckenberg.

— Monsieur le Professeur D'ALLAINES pratiquait également, en février 1948, une rectocôlectomie avec iléo-anostomie en un temps, pour une forme diffuse, chez une malade de 22 ans.

« Les suites opératoires ont été compliquées par une infection diffuse de la cavité pelvienne avec sphacèle de l'iléon, hémorragie secondaire, et il a fallu débrider largement le pelvis et établir, pendant plusieurs mois, une iléostomie abdominale totale pour dériver entièrement vers le haut le passage des matières. Cependant, le malade a cicatrisé la plaie péritonéale et on peut, douze mois après, refermer l'iléostomie ». Le malade devait « utiliser une série d'artifices pour parer à son incontinence péritonéale ». La bonne contraction volontaire du sphincter laissait espérer une adaptation... »

Dans la même communication, l'auteur faisait état de deux implantations de l'iléon dans l'anus, dépouillé de sa muqueuse, pour des opérations d'iléo-côlo-ano-plasties. Le résultat obtenu était celui « d'une opération de Babcock, bonne contraction sphinctérienne, mais pas de continence automatique ». Les lavements quotidiens et les pansements périnéaux restaient nécessaires.

— BERGERET publiait 2 cas en 1947 et 1948 :

- *Premier cas* : Côlostomie iliaque gauche, puis dans un deuxième temps rectocôlectomie gauche et abaissement iléo-anal, suture termino-terminale. Traitement d'une fistule iléo-anale et hémicôlectomie droite secondaire. La malade est morte un an après sans que la cause ait été précisée.
- *Deuxième cas* : En 1948, rectocôlectomie gauche avec iléo-anorraphie latéro-terminale et côlostomie transverse. Continence relative dans les suites proches.

Les publications pour polypose, d'iléo-anostomies, sont donc rares. La rareté de cette affection, et la défaveur habituelle de cette méthode en sont la cause. Nous rapportons ici deux cas dont l'un s'est terminé par la mort et l'autre par un échec fonctionnel, nécessitant le recours à l'iléostomie abdominale.

- OBSERVATION N° 24 de M. J. LOYGUE. Polypose multiple disséminée non familiale. Après iléostomie, colectomie totale, *iléo-anostomie* avec circuit type Champeau dans un troisième temps, chez un homme de trente-deux ans. Pendant trois ans, continence de jour et incontinence nocturne. L'iléostomie abdominale fut rétablie sur la demande du malade.
- OBSERVATION N° 26 de M. CHAMPEAU. Polypose rectocolique diffuse. Rectocôlectomie et anastomose iléo-anale en circuit en un temps. Péritonite par désunion au troisième jour. Décès après tentative de drainage.

En conclusion. Les cas sont trop parcellaires pour en tirer des chiffres de valeur numérique cependant, les chances de succès fonctionnel se situeraient aux environs de deux tiers ou de la moitié des cas, selon les appréciations optimistes.

La mortalité serait peut-être moins importante que pour R.C.H.

Il ne semble pas que l'on puisse compter raisonnablement sur un succès fonctionnel.

Sur les 4 cas publiés ces dernières années de MM. DUBOURG, CHAMPEAU et LOYGUE, il n'y a qu'un seul bon résultat pour un décès et 2 échecs.

Pas plus que pour la R.C.H., cette technique ne nous paraît donc pouvoir être suivie sauf en cas de refus catégorique du malade de toute autre thérapeutique.

Roux, dans la thèse de Vidal, fait état de deux iléo-anostomies trans-ano-rectales, selon sa technique, dont les résultats sont excellents. Nous ne possédons pas d'autres publications de cette technique.

III. — HEMICOLECTOMIE OU COLECTOMIE SEGMENTAIRE

1) *Leurs indications:*

Elles paraissent devoir être *très limitées* dans le cadre de la polypose rectocolique. A moins qu'il ne s'agisse d'interventions palliatives comme dans le cas de l'observation de M. J. LOYGUE n° 21. Dans les cas de *polypose disséminée*, certains pratiquent, cependant, des résections limitées avec rétablissement immédiat de continuité et contrôles restoscopiques et radiographiques post-opératoires, afin de coaguler les récidives accessibles ou compléter la colectomie secon-

dairement si cela est nécessaire. Tel est le cas mentionné, en 1953, par M. WELTI : Il s'agit d'une résection partielle avec rétablissement caeco-sigmoïdien :

« Les polypes, nombreux et pédiculisés au niveau du côlon sigmoïde et de la partie terminale du côlon gauche, disparaissent en effet peu à peu, au niveau du côlon transverse et l'on n'observait plus à ce niveau que les soulèvements mamillaires diffus et non pédiculés de l'adénomatose. Sur le côlon ascendant, la lésion était encore plus discrète et la muqueuse caecale semblait normale... (confirmation histologique sans caractères de malignité). En conséquence, après ablation des deux tiers du sigmoïde, du côlon descendant, du transverse et de la moitié supérieure du côlon ascendant, j'ai conservé à cette malade le caecum, pour l'aboucher par une suture bout à bout au segment supérieur du côlon sigmoïde. Certes, les polypes qui existaient à ce niveau et dans la partie toute supérieure de l'ampoule rectale, ont dû être détruits ultérieurement par fulguration et la malade reste sous surveillance rectoscopique pour le cas où ils se reproduiraient ».

Par la suite, il pouvait dire :

« Il est intéressant de constater que les végétations mamillaires, non pédiculées de la muqueuse rectale, se sont atténuées du fait de la suppression des lésions sus-jacentes et qu'elles ont même tendance à disparaître ». « Un seul polype dû être coagulé six mois après l'intervention. La malade succombe cinq ans après, des conséquences d'un cancer de l'œsophage, sans rapport apparent avec la polypose. Une inutile iléostomie avait été évitée ».

2) *Les risques :*

Les risques de ces interventions limitées sont doubles :

a) MÉCONNAITRE DES POLYPES DANS LE SEGMENT COLIQUE CONSERVÉ. Certains polypes sont, en effet, particulièrement latents, radiologiquement ainsi qu'au palper opératoire, et l'observation n° 22 en est une illustration.

b) LA MENACE DE DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE, bien que prééminente dans la forme diffuse familiale, est une éventualité possible dans tous les cas et l'on ne sait pas dans quelle mesure une atteinte segmentaire n'est pas susceptible de s'étendre par la suite.

Pour ces raisons, la plupart des auteurs sont actuellement partisans, dans ces atteintes non totales, de recourir systématiquement à

la *côlectomie totale* avec anastomose *iléo-rectale* et ceci d'autant plus que, sur le plan fonctionnel, la conservation du côlon droit ne semble pas présenter un avantage important.

Quoi qu'il en soit, dans certains cas de polype disséminée, si l'on a recours à une exérèse limitée, on ne peut s'assurer de l'intégrité de la muqueuse colique du secteur conservé que par coloscopie per-opératoire aidée au besoin par colotomies de contrôle ; ceci n'est de pratique ni aisée, ni courante. Ce fut le cas de l'observation n° 23 (LOYGUE). Polypose disséminée de topographie gauche traitée par hémicolectomie gauche et abaissement trans-ano-rectal, selon l'artifice de ROUX.

Selon MICHAEL, DEDDISH et R.E. HERTZ, les contrôles coloscopiques per-opératoires effectués sur 147 polyposes disséminées, ont permis de déceler des polypes qui étaient passés inaperçus à l'examen radiographique dans 46 % des cas.

A propos de la *technique générale de ces rétablissements pour polypose*, rappelons, qu'*au moins au début*, ces malades présentent un état général beaucoup moins altéré qu'au cours des rectocôlites. Le problème du *fractionnement de la colectomie* ne se pose habituellement pas et le rétablissement est envisagé dans le même temps (RAVITCH, SCHNEIDER).

CHAPITRE IV

RESULTATS

I. — MORTALITÉ RÉSULTATS FONCTIONNELS

Des 26 rétablissements de continuité digestive rapportés,

— dont 20 pour R.C.U.H. ;

— et 6 pour polypose

les résultats sont les suivants :

— *mortalité* : 3 cas, tous après anastomoses iléo-anales, pour R.C.H. (Obs. n^{os} 1, 26, 28) ; et 1 décès après résection palliative pour polypose dégénérée.

— *échecs fonctionnels* nécessitant le recours à l'iléostomie abdominale 3 cas : 2 après anastomose iléo-anales pour polypose (Obs. n^{os} 24, 26) ; 1 après anastomose iléo-rectale pour R.C.H. (Obs. n^o 13).

Les résultats en fonction des différents types d'anastomoses, apparaissent ainsi :

- ANASTOMOSES ILÉO-ANALES : 8 cas (6 R.C.H., 2 polyposes).

Outre les 3 décès et les 2 échecs déjà mentionnés, on note :

— 1 bon résultat avec recul de 7 ans (Obs. n^o 3) sur le fonctionnel et général.

— 2 résultats imposant des réserves : Obs. n^o 5, épisodes diarrhéiques intermittents et instabilité psychique. Recul de 8 ans ; Obs. n^o 10, petite fistule iléo-vaginale. Recul de 2 ans.

RESULTATS

Type de rétablissement	Nombre de cas	Décès	Bons résultats fonctionnels		Echecs fonctionnels
			Guérison stable	Pronostic réserve	
Iléo-anostomies ...	8 6 R.C.H. 2 Pol.	3	1	2	2
Anast. iléo-rectales ou iléo-sigmoïd. .	9 7 R.C.H. 2 Pol.	0	5	3	1
Bascule du côlon droit	2 R.C.H.	0	2	0	0
Côlectomies seg- ment. et héli- côlectomies	7 5 R.C.H. 2 Pol.	1 intervention palliative	1	3 + 2 trop récents	0
Total :	26	4	9	10	3
			19		

- ANASTOMOSES ILÉO-RECTALES OU SIGMOIDIENNES : 9 cas (7 R.C.H., 2 polyposes).

— Pas de décès ;

— 1 échec, déjà mentionné (Obs. n° 13).

Les 8 autres sont de très bons résultats sur le plan fonctionnel ; mais :

— 1 cas est récent (Obs. n° 22) ;

— 1 cas n'a pas été suivi plus d'un an (Obs. n° 16) ;

— 1 cas doit faire formuler quelques réserves quant à l'avenir lointain, car persiste une petite ulcération rectale (Obs. n° 11.)

— Les autres ont un recul de 8, 3, 5, 2 et 10 ans, et paraissent entièrement guéris.

- BASCULE DU COLON DROIT : 2 cas de R.C.H.
Bons résultats, après 4 et 2 ans de recul.

- HÉMICOLECTOMIES OU SEGMENTAIRES : 7 cas (2 polyposes, 5 R.C.H.).
— 1 palliative pour polypose dégénérée (Obs. n° 21) ;

- Les 6 autres sont bons, sur le plan fonctionnel, mais 2 sont trop récentes pour émettre un pronostic, 3 doivent faire réserver le pronostic, car :
 - chez l'un, persiste une petite ulcération rectale, après hémicolectomie gauche (Obs. n° 12);
 - chez l'autre, sont apparus des signes de récurrence au niveau de l'anastomose iléo-colique gauche, après hémicolectomie droite de sorte qu'une réintervention sera peut-être nécessaire (Obs. n° 25);
 - chez le troisième, une sténose inflammatoire, après abaissement trans-ano-rectal, diminue la qualité du résultat fonctionnel.

1 guérison stable, après hémicolectomie droite, avec 5 ans de recul (Obs. n° 20).

II. — COMPLICATIONS

Parmi les complications importantes, ayant nécessité des réinterventions, nous relevons :

- 4 OCCLUSIONS (Obs. n°s 3, 4, 13, récidivés). Soit 4 réinterventions pour occlusion mécanique (agglutination d'anses ou brides).
- 4 réinterventions pour établissement d'une ILÉOSTOMIE ABDOMINALE (Obs. n°s 1, 13, 24 et 27).
- 2 INTERVENTIONS DE DRAINAGE pour désunion de l'anastomie et péritonite (Obs. n°s 26 et 28)
soit 6 interventions dont 4 n'ont pu sauver la vie.
- 2 INTERVENTIONS DE RÉSECTIONS RECTOSIGMOIDIENNES POUR RÉCIDIVE DE R.C.H. (Obs. n°s 6 et 16).
- LES COMPLICATIONS SEPTIQUES, issues de l'anastomose ont donné lieu à multiples manifestations suppurées :
 - soit abcès péri-anaux (Obs. n°s 5, 3 et 28);
 - soit abcès pelviens ou iliaques non extériorisés (Obs. n° 6) ou fistulisés (Obs. n° 13) associés ou non à des manifestations septico-pyochémiques.
- LES STÉNOSSES au niveau de l'anastomose ont été observées :
 - soit au niveau de l'anus (Obs. n° 9) abaissement colo-anal et a nécessité une retouche ;

- soit au niveau du rectum (Obs. n° 13) anastomose iléo-rectale et a entraîné iléite d'amont, complications septiques et perforatives, déjà mentionnées ;
- soit rétrécissement péri-rectal, après abaissement colo-trans-ano-rectal (Obs. n° 23).

• 3 FISTULES ILÉO-VAGINALES, après abaissement iléo-anal, ont été observées :

- l'une traitée par fil (Obs. n° 5) ;
- l'une par dilatation anale ;
- l'une, survenue, un peu avant le lâchage de l'anastomose, qui entraîna le décès de la malade (Obs. n° 28).

• 2 ÉLECTROCOAGULATIONS PRÉFRONTALES ont été répétées à deux reprises, avec bénéfice chez deux malades dans le but de combattre des poussées sévères de R.C.H. (Obs. n°s 7 et 8). Les indications et résultats de cette méthode n'ont pas été abordés au cours de notre étude. Ils font l'objet d'un travail de Bucaille.

• Une COMPLICATION VASCULAIRE, gangrène d'un membre inférieur (probablement artério-phlébite a nécessité une amputation de cuisse.

• Une intervention de rétablissement colo-anal, a dû être interrompue, et l'anastomose impossible du fait des adhérences, a dû être remise à un temps ultérieur (Obs. n° 2).

En conclusion : le nombre d'interventions pratiquées à l'occasion de ces multiples complications est de 22 :

Le nombre des interventions effectuées pour parvenir au rétablissement de la continuité digestive (sur les 26 observations est de 40 interventions.

Le compte des fractionnements opératoires est relevé dans le tableau suivant :

	RECTOCOLITES		POLYPOSES	
	Nombre de malades	Nombre total d'interventions pour rétablissement	Nombre de malades	Nombre total d'interventions pour rétablissement
Iléo-anales	6	14	2	4
Iléo-rectales	7	10	2	2
Bascule côlon	2	3	0	0
Hémicôlectomies ou segmentaires	5	5	2	2
Soit :	19	32	6	8
	R.C.H.	interventions	polyposes	interventions

Tels sont les résultats de cette série dont on ne peut tirer d'arguments statistiques. Notons seulement, que *les seuls cas mortels sont consécutifs aux anastomoses anales, de même que les échecs par incontinence. Aucun développement secondaire de cancer n'a été observé.*

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I*

Madame CHE... Mathilde, quarante-six ans

Rectocôlite ulcéro-hémorragique diffuse.

Iléo-anostomie.

8 août 1956 : Côlectomie subtotala avec iléostomie terminale et conservation du rectum (mise à la peau).

25 octobre 1956 : Exérèse du recto-sigmoïde y compris la muqueuse anale. Iléo-recto-anoplastie (anse grêle isolée et exclue) avec retouche du point de vue anal le 15 novembre 1956.

5 mars 1957 : Rétablissement de la continuité par fermeture de la double iléostomie.

29 avril 1957 : Rétention stercorale dans le néo-rectum.

Exérèse du néo-rectum avec iléostomie terminale.

Décès par choc opératoire.

Cette observation est particulièrement décevante parce qu'elle s'est terminée par la mort, alors qu'elle aurait dû à notre avis aboutir à un succès s'il n'y avait pas eu une erreur de tactique.

En effet, la séparation des temps en : côlectomie, puis exérèse du rectum avec iléo-recto-anoplastie par une anse grêle exclue, et enfin rétablissement de la continuité, nous semble logique. La cause de l'échec est due :

1° A ce que le néo-rectum n'a pas fonctionné.

2° Que la dernière intervention a été mal conduite.

1° Le néo-rectum n'a pas fonctionné : dans les suites opératoires immédiates, après le rétablissement de la continuité par fermeture de la double iléostomie, des petits lavements quotidiens ont réussi à vider la poche, mais ceux-ci sont devenus de plus en plus difficiles ; en effet, par suite de l'allongement du bout iléal distal et du fait que la sonde doit pénétrer de plus en plus loin, ces lavements sont devenus inopérants.

(*) Docteur J. AUDOUIN

La dilatation du néo-rectum crée inévitablement un coude avec la portion iléale trans-anale rétrécie et il se forme ainsi un clapet qui empêche de plus en plus la sortie des matières, en même temps qu'elle allonge la portion iléale terminale.

Il nous paraît beaucoup plus simple d'utiliser une anse grêle sans chercher à augmenter son calibre, un néo-rectum devant se créer automatiquement insensiblement au fur et à mesure, dans les mois suivants.

2° Quant à la dernière intervention, elle aurait dû être conduite par voie purement anale : en incisant la face antérieure de l'iléon, nous aurions ouvert le néo-rectum dont nous aurions ainsi assuré la vidange directe, sans choc opératoire et sans difficulté.

PREMIER COMPTE RENDU OPERATOIRE
de Madame Mathilde CHE...
Opérée au Centre Hartmann le 8 août 1956

— Rectocôlite hémorragique.

— Côlectomie totale avec iléostomie terminale (recto-sigmoïde à la peau).

Il s'agit d'une rectocôlite hémorragique traitée par le Docteur LAMBLING. Rechute importante aiguë depuis quatre jours. Température à 39°-40°, 4 à 5 selles très sanglantes par jour, nausées, légère dilatation iléo-terminale à la radio et douleurs intenses à type de réaction péritonéale dans la fosse iliaque gauche.

L'état général de cette malade paraît cependant assez satisfaisant, car la crise aiguë ne date que de quatre jours et nous pouvons nous permettre l'intervention en un temps.

— Médiane sous et légèrement sus-ombilicale.

Il n'y a pas de perforation sur le sigmoïde qui est cartonné, induré, rouge, ainsi que le côlon descendant, mais non perforé. Le méso est infiltré d'œdème, mais il n'y a pas d'abcès.

Si ces lésions sont prédominantes, au niveau du sigmoïde et du côlon gauche, elles ne sont pas manifestes sur le transverse, mais marquées de façon indiscutable non seulement au niveau de l'angle droit, mais aussi au niveau du cæcum. Les 15 derniers centimètres du grêle sont rouges, hypervascularisés. Nous décidons la côlectomie totale avec iléostomie terminale.

— Décollement du sigmoïde et du côlon descendant.

— Décollement colo-épiploïque.

— Décollement du côlon ascendant et de la fin du grêle.

— Section des méso en deçà des arcades bordantes avec ligature des sigmoïdiennes, de l'artère colique supérieure gauche, de la colique média (presque inexistante), de l'artère colique supérieure droite et de l'iléo-cæco-colique.

Ligature de la récurrente iléale et section du méso iléo-terminal à angle droit de façon à laisser un court fragment du méso sur la portion de l'iléon qui devra être extériorisée.

— Section de l'iléon à 25 cm environ de la fin du grêle et mise à la peau, au point d'élection, c'est-à-dire à 4 travers de doigt de l'épine iliaque et 2 travers de doigt de l'ombilic (la section cutanée a été faite par résection d'une pastille circulaire), le grêle déborde en gargouille la peau de 5 cm environ.

— A gauche, mise à la peau du recto-sigmoïde qui n'est plus vascularisé que par les hémorroïdales.

Péritonisation : elle est faite du côté droit en se servant du bord du méso iléon qui est amarré à la paroi, plus haut en suturant les deux bords péritonéaux.

Au niveau du méso-côlon transverse, pas de péritonisation.

A gauche, péritonisation en suturant l'épiploon à laèvre interne du péritoine pariétal postérieur, ceci jusqu'à l'abouchement sigmoïdien.

Fermeture de la paroi (médiane) au catgut chromé. Pas de drainage.

N.B. : De nombreux changements de gants et des précautions nous laissent supposer que notre intervention a été purement aseptique. Il y a cependant lieu de signaler l'œdème du péritoine sigmoïdien.

Un litre de transfusion per-opératoire.

L'intervention paraît admirablement supportée.

DEUXIEME COMPTE RENDU OPERATOIRE

de Madame Mathilde CHE...

Opérée au Centre Hartmann le 25 octobre 1956

— Exérèse du recto-sigmoïde.

— Iléo-recto-anoplastie par une anse grêle isolée.

Depuis l'intervention du 8 août, le recto-sigmoïde a continué à sécréter de 50 à 100 grammes de liquide par jour (pus et sang mélangés). La muqueuse anale est malade et ne pourra pas être conservée.

— *Temps périnéal :*

Incision à la limite muco-cutanée de l'anus et libération de la muqueuse comme dans une White head ou un Babcock par voie endo-sphinctérienne. On remonte ainsi assez haut, au delà des sphincters, et on passe dans le tissu péri-rectal, puis on abandonne cette voie.

— *Voie abdominale :*

Médiane utilisant l'ancienne cicatrice.

On a la désagréable surprise de trouver un abdomen entièrement fusionné au point de vue adhérences. L'épiploon adhère à la paroi et les anses grêles entre elles et à la face profonde de l'épiploon : pas un centimètre du grêle n'est libre. Libération du grêle sur toute son étendue.

On peut alors, après avoir séparé le sigmoïde de ses attaches cutanées, pratiquer l'ablation recto-sigmoïdienne, ce qui sera aisé grâce à la libération déjà faite par le temps endo-anal.

Iléo-recto-anoplastie

a) *Libération d'une anse grêle :*

Nous avons décidé d'utiliser une anse grêle pour la reconstitution d'un rectum. Cette anse grêle est isolée dans la portion la plus déclive, ce qui nous amène à la prendre à mi-distance de l'iléon.

Grâce à la trans-illumination du méso, on voit nettement les artères et, en sectionnant deux artères iléales importantes, on arrive à allonger assez le méso pour amener l'iléon jusqu'au delà de l'anus.

b) *Création d'un néo-rectum :*

Coalescence sur 10 cm environ de hauteur de deux anses grêles anastomosées l'une à l'autre, de façon à créer une vaste cavité représentant le calibre de trois anses grêles.

c) *Invagination trans-anale du bout distal :*

Une fois ce néo-rectum constitué, on invagine l'anse grêle à travers l'anus et on pratique la péritonisation.

d) *Fixation du bout proximal* à la peau à côté de l'iléostomie terminale, ce qui permettra dans un temps ultérieur de rétablir la continuité sans aucune difficulté.

e) *Péritonisation :*

Péritonisation extrêmement soignée tant pour fixer la tranche mésentérique sur le péritoine pariétal postérieur que pour enfouir ce néo-rectum au-dessous du Douglas.

f) *Rétablissement de la continuité iléale :*

Il nous reste à rétablir la continuité iléale interrompue par l'exclusion de l'anse : anastomose bout à bout.

Fermeture de la paroi aux soies totales.

Drainage seulement du pelvis par des drains d'aspiration sous-péritonéaux qui sortent par l'ancienne incision iliaque gauche.

Le 15 novembre 1956, résection de la partie évaginée hors de l'anus avec suture soignée qui évite toute évagination de la muqueuse.

TROISIEME COMPTE RENDU OPERATOIRE
de Madame Mathilde CHE...

Opérée au Centre Hartmann le 5 mars 1957

— Fermeture de la double iléostomie iliaque droite.

Depuis la dernière intervention, la malade a subi une quinzaine de séances de diathermie anale. Elle perçoit le besoin d'expulser des glaires lorsque celles-ci s'accumulent au-dessus de l'anus.

Incision iliaque passant par l'iléostomie inférieure qu'elle libère.

Une incision branchée perpendiculairement permettra de même de libérer l'iléostomie supérieure.

Le péritoine ouvert, nous nous attachons à libérer les mésos qui sont fixés à la paroi et à réséquer de chaque côté une dizaine de centimètres de grêle.

Les deux bouts nous paraissent admirablement vascularisés.

Le bout supérieur est manifestement plus volumineux que l'inférieur, mais cette différence de calibre ne nous gênera pas pour faire le bout à bout terminal.

Fermeture de la paroi sous aspiration.

Intervention très bien supportée.

N.B. : Il faut signaler que la totalité de l'intervention s'est passée extra-péritonéale, puisque nous avons libéré les deux anses du milieu d'adhérences. Cependant, en deux points les adhérences pariétales sont rompues, ce qui nous permet de constater qu'il existe une cavité péritonéale avec des espaces libres, sans adhérence. La situation péritonéale s'est donc améliorée depuis la dernière intervention.

QUATRIEME COMPTE RENDU OPERATOIRE de Madame Mathilde CHE...

Opérée au Centre Hartmann le 29 avril 1957

— Rétention stercorale dans le néo-rectum.

— Exérèse du néo-rectum et de l'anus périnéal avec iléostomie cutanée.

Lorsque nous sommes partis en vacances, l'état de la malade était déjà difficile. Il fallait faire souvent de grands lavages dans cette poche de néo-rectum qui se vidait très mal, ainsi qu'en témoignent les radiographies faites à ce moment. L'état général était médiocre.

Pendant notre absence, deux petits épisodes de subocclusion ont aggravé la situation, et lorsque nous la revoyons, nous sommes frappés :

— par l'aggravation de l'état général : malade fatiguée et amaigrie ;

— par la présence facilement perçue, tant au toucher vaginal qu'au toucher rectal, d'une masse extrêmement dure et volumineuse remplissant la totalité du petit bassin. Il s'agissait à notre avis d'un fécalome développé dans le néo-rectum. Malheureusement, il est impossible de l'atteindre par voie anale, car la petite portion du grêle qui allait de l'anus au néo-rectum s'est tant allongée qu'on ne peut l'atteindre.

Nous décidons l'intervention immédiate, sans préparation plus importante, car les examens de laboratoire sont bons et le cœur nous semble en état parfait.

— Médiante.

Après avoir libéré les anses grêles adhérentes qui sont d'autant plus dilatées qu'on descend plus bas, nous trouvons le néo-rectum remplissant la totalité du petit bassin, refoulant l'utérus tout petit en avant, sous la paroi abdominale.

Notre but était de libérer, réséquer, mais la libération correcte est impossible, car il n'y a pas de place entre la paroi pelvienne et le stercorome, et la paroi du grêle dilatée et amincie se perfore. Nous vidons alors par la déchirure l'intestin à la louche. Nous en retirons près de 500 g, mais lorsque le nettoyage est terminé, nous nous apercevons que la vascularisation du grêle terminal allant de la poche à l'anus est compromise et la fin du grêle cyanosée. Il est impossible de la conserver et il faut réséquer la totalité du grêle abaissé.

Pour terminer, nous pratiquons l'iléostomie à travers une fente créée dans la fosse iliaque droite. Le pelvis est cloisonné par la fixation de l'utérus et des ligaments larges au promontoire et il est drainé par le vagin.

Fermeture de la paroi en un plan sans autre drainage.

N.B. : L'intervention paraît avoir été bien supportée, malgré une médiocre ventilation pulmonaire au début.

Le réveil s'effectue dans les délais normaux, mais la tension reste basse, aux environs de 9-7, 8-6, 10-8.

Malgré les soins attentifs, la tension n'arrivera pas à remonter et au contraire s'effondrera, et la malade décède le surlendemain (quarante-huit heures après l'intervention) de choc tardif.

OBSERVATION N° II*

Madame POU... Eugénie, cinquante-et-un ans

Rectocolite ulcéro-hémorragique diffuse.

Bascule du côlon droit. Cæco-anostomie.

Dans ses antécédents, depuis dix ans, cette malade présentait chaque année, à la même époque, une petite crise à type d'entéro-côlite qui se résorbait par des moyens médicaux au bout d'un mois environ.

Les premières constatations me l'ont fait classer parmi les rectocôlites ulcéreuses, mais l'évolution a montré une tendance hémorragique, tant au niveau de la muqueuse intestinale qu'au point de vue général, puisque comme vous le verrez, elle a présenté un syndrome hémorragique post-opératoire extrêmement grave.

17 juillet 1952 : Hémicôlectomie gauche, les deux bouts à la peau.

6 décembre 1952 : Fermeture d'une fistule du grêle.

29 avril 1954 : Tentative de fermeture de l'anus iliaque gauche.

26 avril 1955 : Amputation sigmoïdo-recto-anale. Hémicôlectomie droite avec conservation du cæcum retourné et invaginé à travers l'anus.

PREMIER COMPTE RENDU OPERATOIRE de Madame Eugénie POU...

Opérée au Centre Hartmann le 15 juillet 1952

— Côlite ulcéreuse et perforée sur un méga-côlon.

— Résection colique, les deux bouts à la peau.

Cette malade présente depuis près d'un mois des oscillations thermiques de 37° à 40°. Tous les examens sont négatifs, tous les antibiotiques et sulfamides sont

(*) Docteur J. AUDOUIN.

inefficaces. La vésicule est radiologiquement exclue, les reins sont normaux. Il existe un mégacôlon. Le seul signe clinique est un léger ballonnement et une diarrhée sans caractère : deux ou trois selles non sanglantes par jour depuis un mois.

Un épisode subocclusif a eu lieu quarante-huit heures avant l'intervention.

Grande incision iliaque gauche.

L'épiploon apparaît nettement inflammatoire, adhérent d'une part à la paroi sur presque toute son étendue, très hypervascularisé : il est adhérent, fusionné même en arrière au sigmoïde et au côlon droit, si bien qu'il paraît difficile de pénétrer dans la grande cavité.

On libère avec précaution l'épiploon de la paroi, sans provoquer d'hémorragie. Dans la partie basse, sus-pubienne, on trouve une zone qui nous permet d'apercevoir le grêle, non adhérent.

Pour explorer l'abdomen, comme il paraît impossible de séparer l'épiploon du côlon, on sectionne de dehors en dedans le méso-côlon décollé tout le long du sigmoïde et du côlon descendant. On voit alors que le côlon descendant et la partie haute du sigmoïde sont monstrueux, ainsi que le transverse. La face inférieure de celui-ci présente une zone blanchâtre, adhérente au grêle, et en décollant ces adhérences, on met en évidence une perforation colique par laquelle s'échappe une quantité considérable de gaz, ce qui facilitera la suite de l'intervention.

Tout l'ensemble du côlon transverse et du côlon descendant est non seulement volumineux, mais également œdématié et cartonné, de telle sorte qu'il est impossible de pratiquer autre chose qu'une résection.

On arrive avec peine à sectionner le ligament gastrocolique qui est également œdématié et infiltré. La suite de l'intervention se déroule alors aisément.

L'angle gauche est abaissé avec la plus grande facilité, le méso-côlon transverse et le méso-côlon descendant n'étant pas œdématiés, et la section du méso se pratique aisément.

Fermeture de la brèche et extériorisation des 2/3 gauches du transverse, de l'angle gauche du côlon, du côlon descendant et de la partie supérieure du sigmoïde.

Les deux bouts sont mis à la peau. Malheureusement, aussi bien en amont qu'en aval, les deux bouts mis sur tube de Paul n'arrivent à la peau que sous légère traction.

— *Drainage* :

1° Du décollement latéro-colique par lame de caoutchouc et un drain sortant par une contre-incision lombaire.

2° De la cavité abdominale par lame de caoutchouc sortant par la partie basse de l'incision.

N.B. : Pendant l'intervention, 1 litre 1/2 de transfusion de sang, 1 litre de sérum. Malgré cela, la chute de tension est telle qu'elle devient presque imprévisible. Néanmoins, le facies reste bon pendant toute la durée de l'intervention.

Pendant la convalescence, suppuration importante.

Multiplés hémorragies en nappe dont deux à type catachyomique.

Peu à peu, l'état général s'améliore.

DEUXIEME COMPTE RENDU OPERATOIRE
de Madame Eugénie POU...

Opérée au Centre Hartmann le 6 décembre 1952

— Fermeture d'une fistule du grêle (intra-péritonéale).

Il s'est produit une fistule latérale du grêle juxta-ano-transverse qui, au bout de deux mois, n'a aucune tendance à se fermer.

Incision suivant le bord interne de la plaie.

Ouverture du péritoine. Libération des anses grêles. On excise la portion pariétale correspondant à la fistule. Libération de la fistule et fermeture en trois plans.

Fermeture de la paroi en un plan sans prendre la peau. Fils laissés longs. Peau non suturée.

TROISIEME COMPTE RENDU OPERATOIRE
de Madame Eugénie POU...

Opérée au Centre Hartmann le 29 avril 1954

— Tentative de fermeture de l'anus.

L'état général s'est amélioré.

La rectoscopie montre que les lésions de rectocôlite sont atténuées, mais elle ne peut donner de renseignements dans la partie haute sigmoïdienne un peu rétrécie et dans laquelle le rectoscope ne peut pénétrer.

Les deux anus supérieur et inférieur sont assez près l'un de l'autre et nous espérons cependant que l'intervention sera possible et relativement aisée.

En réalité, tout le bout inférieur est entièrement fibreux, polypeux et inutilisable pour la suture.

Comme la libération des anses grêles et du côlon a été très laborieuse (deux heures), il ne peut être question d'envisager une résection importante avec intubation trans-ale du transverse. Nous remettons l'intervention à une date ultérieure et nous nous bornons à remettre les deux bouts à la peau.

L'espace de décollement sera drainé par un drain n° 40 sortant par une contre-incision lombaire.

QUATRIEME COMPTE RENDU OPERATOIRE
de Madame Eugénie POU...

Opérée au Centre Hartmann le 26 avril 1955

— Rectocôlite ulcéro-hémorragique ayant subi une hémicôlectomie gauche, les deux bouts à la peau.

— Amputation sigmoïdo-recto-ale. Hémicôlectomie droite avec conservation du cæcum invaginé à travers l'anus.

Les examens radiologiques et la rectoscopie ont montré que la totalité du recto-sigmoïde entre la fosse iliaque gauche et l'anus était inutilisable tant par

suite de l'évolution fibro-polypeuse que par la tendance hémorragique qui subsiste. La muqueuse anale elle-même est très malade. La moitié droite du côlon transverse subsistant, bien que beaucoup moins malade, n'est pas tout à fait normale.

— Médiane : la totalité du grêle est symphysée et, avant de pouvoir séparer le grêle du côlon, un travail de libération est nécessaire pendant près d'une heure et demie.

Ceci étant : libération du recto-sigmoïde avec ablation de la muqueuse du canal anal. Puis section de la colica média, de la colique supérieure droite. Décollement du méso-côlon ascendant et du méso-iléo terminal. Section du côlon au niveau de l'angle droit et bascule du côlon vers le bas. Mais l'artère iléo-cæco-colique bride. Nous la sectionnons, en espérant que l'irrigation du côlon ascendant sera assurée de façon suffisante par la récurrente iléale.

A vrai dire, si la vascularisation reste normale jusqu'à la section, les dix derniers centimètres du côlon ascendant ne présente pas de battement et semblent avoir une vitalité assez limitée.

Invagination du côlon droit à travers l'anus, mais on laisse dépasser une très importante portion de ce côlon de manière à ce qu'il ne reste pratiquement que le cœcum intra-pelvien.

Résection en un bloc de la partie droite du côlon transverse, de l'anus iliaque gauche avec la peau avoisinante et du recto sigmoïde.

La péritonisation abdominale sera pratiquement inexistante et nous nous bornons à mettre deux lames de caoutchouc de drainage. Par contre, nous pouvons pratiquer un très bon cloisonnement du pelvis par péritonisation vésico-pariétale postérieure, le pelvis étant drainé par deux drains aspiratifs.

Fermeture de la médiane.

Le 17 mai 1955 :

Résection du bout évaginé.

Les suites opératoires ont été simples. Nous pratiquons la résection du segment évaginé avec suture cœco-cutanée en prenant la précaution de décoller la peau de la marge de l'anus et en sectionnant le cœcum un peu en profondeur sous légère traction de façon à ce qu'il n'y ait pas de muqueuse cœcale qui dépasse la marge de l'anus. Cela impose certains artifices pour plisser la muqueuse.

Le fonctionnement de cet anus mettra près de six mois à se régulariser et à devenir continent. Pendant les trois premiers mois, une diarrhée importante irrite la peau inter-fessière qui, par moment, devient une véritable plaie. Puis, tout se régularise et un an après, la malade va à la selle normalement, souvent, deux fois par jour. Les selles sont pâteuses et elle n'a plus besoin de se garnir.

La malade vient d'être revue. Elle va très bien.

Conclusion : le résultat de cette observation est excellent sur le plan fonctionnel et général avec un recul de cinq ans.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE
de Madame Eugénie POU...

3 mai 1955 :

Un premier fragment a été drainé à l'extrémité où le tube intestinal était plus large. On y trouve des lésions très importantes, caractérisées par des ulcérations nécrotiques de la muqueuse avec de très nombreuses hémorragies. Ces lésions s'étendent en profondeur et il existe des trainées inflammatoires qui dissocient la musculuse et s'accompagnent d'un gros œdème.

Dans la région sous séreuse, la sclérose est ce qui domine sauf, dans une région où apparaît une sorte de diverticule dont le fond arrive dans la partie profonde de la musculuse. La muqueuse de cette poche est en nécrose totale.

A l'extrémité de la pièce, le calibre est beaucoup plus réduit et les lésions aiguës font à peu près totalement défaut. Il n'y a ni nécrose ni aspect phlegmoneux profond. Seule la sclérose est marquée, les vaisseaux sont assez altérés.

Le ganglion prélevé présente une réticulose intense avec résorption abondante du pigment ocre.

OBSERVATION N° III*

Mademoiselle AS... Michèle

R.C.U.H. diffuse.

Iléo-anostomie avec circuit.

Première poussée de R.C.H. en 1949 à l'âge de vingt-et-un ans.

A l'occasion de sa deuxième poussée, elle est admise dans le Service du Docteur CATTAN quatre mois plus tard. Elle est alors dans un état cachectique (31 kg) présente sept à huit selles sanglantes et purulentes par jour. L'aspect radiologique est celui d'une atteinte rectocôlique totale, irréversible avec diminution globale de calibre et perte des haustrations et résections. Le traitement médical est totalement inefficace.

Le 29 janvier 1951 :

Une cœcostomie est faite par le Docteur SOUPAULT.

Ceci amène une certaine amélioration, une reprise de poids de 2 kg. La rectoscopie montre une muqueuse rectale toujours rouge. La muqueuse saigne au contact mais on ne voit pas d'ulcérations. Le rectoscope ne peut progresser au-delà de 12 cm.

La malade sort de l'hôpital le 3 mars, l'anus fonctionne bien ; les hémorragies rectales continuent mais très diminuées.

Dans le courant de l'année 1952, de nouvelles poussées se produisent malgré la dérivation et les thérapeutiques médicales. Les émissions purulentes et sanglantes surtout prennent un caractère très alarmant qui conduisent à pratiquer une colectomie totale.

(*) Docteur CHAMPEAU.

Le 2 octobre 1952 :

Colectomie totale, Docteur SOUPAULT.

La parotomie médiane sus et sous ombilicale s'arrêtant à 5 cm du pubis. Aucune adhérence. Libération de l'angle gauche et du côlon ascendant, décollement coloépiploïque. Libération de l'angle droit après section du ligament gastro-colique. Décollement des mésocôlons puis ligature à vue des pédicules vasculaires. Section du côlon ascendant. Ligature du bout cæcal avec triple enfouissement au lin. Puis après hémostase du méso-sigmoïde, toilette de la sclérolipomatose péri-rectale. Section du rectum qui est transformé en un tube petit et assez infiltré. Le reste du côlon est d'un calibre un peu inférieur à la normale mais non pas un étui fibreux comme on en rencontre dans certains cas analogues. Par contre, les mésos et les épiploons péri coliques sont un peu infiltrés et succulents. Suture de l'ampoule rectale en deux plans. Péritonisation sus-jacente poursuivie sur tout le flanc gauche jusqu'à l'angle splénique et même entre l'estomac et le mésocolon. Pénicilline I.M. et streptomycine 1 g dans l'abdomen. Fermeture en un seul plan aux doubles crins. Dilatation anale.

Les suites sont normales les premiers temps, la cæcostomie fonctionnant bien.

Mais en novembre, une *occlusion* du grêle doit être traitée chirurgicalement le 5 novembre 1952 par le Docteur CHAMPEAU : médiane sus ombilicale. Seule une anse grêle est un peu dilatée, la terminaison est adhérente à la région sous vésiculaire.

Libération, péritonisation de l'anse en trois points. Péritonisation postérieure. Au fond du petit bassin, sur 4 ou 5 cm, sur le fond rectal, existe une adhérence de la dernière anse grêle qui est venue s'accoler sur le moignon rectal. Libération, péritonisation assez facile du petit bassin, plus difficile de l'anse grêle. En outre, une autre anse grêle est venue s'accoler au péritoine pariétal postérieur, au-dessus et à droite de l'insertion de la trompe gauche. On fait de même une libération et péritonisation. Le reste du grêle est vérifié. Il est libre et non dilaté. 20 cm³ d'huile dans le péritoine. Paroi plan aux bronzes.

C'est le 14 mars 1953 que le Docteur CHAMPEAU réalise un rétablissement de continuité digestive par *anastomose iléo-anale avec circuit*. On passe par l'ancienne incision médiane. Libération de très nombreuses adhérences grêles qui demandent presque une demi-heure de libération. Section de l'iléon à 10 cm environ de la valvule iléo-cæcale. Enfouissement du bout distal. Le bout proximal est implanté au jéjunum en amont à 80 cm environ. Cette implantation est terminolatérale en deux plans, fil de lin et catgut, surjet et points séparés.

Libération du haut-rectum dont il reste 18 à 20 cm environ.

Cette libération se fait très facilement en avant et un peu plus difficilement latéralement, ou néanmoins on lie les ailerons moyens sous le contrôle de la vue, correctement.

Section du rectum juste au-dessus du canal anal. Le bout anal est repéré par deux pinces de Catelain. Le sommet de l'anse grêle, anastomosé en circuit, est attiré par l'intérieur du canal anal jusqu'à l'anus par une pince de Catelain placée préalablement dans le rectum.

Péritonisation complète du petit bassin, en laissant une certaine distance (5 à 6 cm) des deux anses grêles sous-péritonéales.

Fermeture de la brèche mésentérique au niveau du circuit par un autre surjet. Paroi un plan aux grosses soies.

On excise au niveau de l'anus iliaque droit ce qui reste du cæcum, du côlon droit et de l'iléon, le tout sans difficultés particulières, et on referme partiellement la paroi en un plan aux grosses soies sur un gros drain.

— Temps trans-anal : on attire l'iléon et on éverse la totalité du canal anal sans dilatation du sphincter, car celui-ci est un peu béant. Ceci permet de faire une suture iléo-anale latéro-terminale en deux plans catgut (séro musculaire et total points séparés).

Lorsqu'on relâche la traction, l'anastomose s'invagine facilement en haut dans le pelvis.

Contre-incision précoccygienne horizontale qui permet de retrouver le décollement rétrorectal et de placer un gros drain et deux drains de Carrel pour le drainage.

Suites immédiates : selles liquides au troisième jour. Cinq à six selles semi liquides et commandées le dixième jour. Un abcès rétrorectal est mis à plat sous anesthésie générale au deuxième mois. L'appétit reprend et l'anémie se répare.

La malade sort le 27 juin 1953 ayant repris 3 kg avec six à sept selles par jour. Quelques excoirations péri anales persistent.

L'amélioration se poursuit progressivement, un examen radiologique fait alors ne montre pas encore de dilatation du grêle terminal qui conserve sa morphologie et son plissement. Pas de signe local de processus inflammatoire.

La malade reprend 6 kg dans l'année. Les troubles cutanés s'estompent et les règles réapparaissent.

En 1957 elle écrivait : « je vais tous les jours à la mer, je ne prend plus de produits pharmaceutiques et je veille sans difficultés. Une grande amélioration s'effectue du côté intestinal mais il m'arrive parfois d'avoir des selles liquides. Mes nuits sont bonnes et je me porte vraiment bien. »

Cette observation est un des rares cas de succès fonctionnel et général de l'anastomose iléo-anale, avec guérison stable et recul de sept ans.

OBSERVATION N° IV*

Mademoiselle GA... Monique, trente-trois ans

Polypose rectocolique (multiple disséminée).

Anastomose iléo-rectale.

En juillet 1951, cette jeune fille est opérée pour kystes ovariens bilatéraux. Les premiers troubles digestifs surviennent ensuite (constipation, alternant avec des épisodes diarrhéiques. Une seule rectorragie).

(*) Docteur CHAMPEAU.

C'est en janvier que la polypose est reconnue et le Docteur CHAMPEAU pratique une *Colectomie totale* avec anastomose iléo rectale + hystérectomie. La malade est alors âgée de vingt-cinq ans (à noter qu'une de ses sœurs a subi une intervention pour kyste à dix-sept ans et une hystérectomie pour fibrome à quarante-deux ans et que sa mère a été également hystérectomisée pour fibrome à quarante ans).

Dans les suites bonne reprise de poids (42 à 56 kg) et de l'état général.

En 1954, apparition d'épisodes diarrhéiques et douloureux (5 à 6 selles) mais sans jamais de sang. Un ou deux petits polypes rectaux qu'il avait été prévu de coaguler après l'intervention n'ont jamais été retrouvés.

Le 31 mai 1955 :

Obstruction par adhérences. Libération. (Docteur CHAMPEAU). « Par l'ancienne médiane on constate qu'il n'existe aucune trace de récidive. L'intestin grêle dont l'extrémité s'est un peu colisée, présente de nombreuses coutures et adhérences, tant dans le F.I.D. que dans la F.I.G. Libération, péritonisation exacte qui est possible pour l'immense majorité de la longueur du grêle. En bas, au-dessus de la péritonisation pelvienne, la dernière anse décrit un S. Libération et péritonisation. En conclusion, les troubles de la malade semblent en rapport avec cette obstruction du grêle. »

Les troubles disparaissent. L'état général est bon.

Un transit du grêle montre une traversée totale du grêle en 4 h 15.

Le calibre n'est pas dilaté.

Revue récemment, l'état général est excellent, travaille 4 h par jour.

A la rectoscopie la muqueuse rectale est d'aspect normal.

Les selles sont moulées, 4 par jour, jamais de sang, quelques diarrhées exceptionnelles en cas d'écart de régime.

La continence sphinctérienne est normale.

Conclusion : excellent résultat fonctionnel et général d'une anastomose iléo-rectale pour polypose. Aucune électrocoagulation rectale secondaire n'a été nécessaire. Une régression spontanée a même été observée au niveau du rectum.

OBSERVATION N° V*

Mademoiselle KO... Evelyne, vingt-quatre ans

R.C.U.H. diffuse.

Iléo-anostomie avec circuit.

De 1947 à 1951, cette jeune fille présente des crises diarrhéiques muco sanglantes ayant fait croire à une dysenterie amibienne du fait de la découverte d'amibes à un examen.

(*) Docteur CHAMPEAU.

Elle est admise alors à l'Hôpital Saint Antoine dans le Service du Docteur CATTAN en 1951 alors qu'elle est âgée de vingt-quatre ans. Le diagnostic est porté devant l'échec du traitement spécifique, l'aggravation de l'état général et l'aspect caractéristique des lésions.

Les différentes thérapeutiques médicales échouent et de poussées en poussées l'état général s'altère considérablement nécessitant transfusion d'urgence (anémie à 1,6 M). La malade est cachectique (28 kg) présente arthrite du genou, abcès de la fesse et écoulements muco hémorragiques importants par l'anus et à la vulve témoignant d'une fistule vésico vaginale. Au T.R., rétrécissement infranchissable à 4 ou 5 cm de l'anus. Grâce à une réanimation médicale suivie et à une relative conservation de l'appétit, une certaine amélioration survient sur le plan général, mais les écoulements persistent et une dérivation des matières est décidée.

Le 1^{er} mars 1951 (Docteur CHAMPEAU) :

Sous anesthésie locale complétée par un peu de proto à la reine, *colostomie iliaque droite* sur tube de Paul après péritonisation de l'extériorisation cæcale.

A noter que le côlon droit est relativement assez altéré bien qu'étant un peu rouge et friable.

Mais la dérivation s'avérant les jours suivants insuffisante, la plus grande partie des matières passant encore par l'anus, les lavements sont inopérants et les hémorragies rectales persistent.

Le 9 avril 1951 :

Retouche de l'anus iliaque : extériorisation complète du côlon droit au niveau de la cæcostomie, baguette de verre. Tube de Paul dans l'orifice pour protéger la paroi. Le côlon est fixé par trois points de catgut seulement au péritoine.

Dès lors, l'état général s'améliore nettement. Quinze jours après, la reprise de poids est de 7 kg (poids 35 kg).

Un mois plus tard, elle pèse 45 kg.

Et le mois suivant 48 kg soit 20 de plus qu'à son entrée.

La persistance de lésions cutanées, d'irritation et l'importance des lésions colorectales imposent une exérèse complémentaire.

Côlon rigide et filiforme sur toute son étendue et persistance d'un rétrécissement rectal et d'une fistule vésico vaginale.

Le 25 juin 1951 :

Le Docteur CHAMPEAU réalise une *colectomie totale avec rétablissement iléo-rectal* latéro terminal selon la technique de Bergeret.

Les suites sont troublées par une fistule iliaque puis un abcès péri anal. La malade est alors incontinente quoiqu'à l'exploration digitale, la contraction sphinctérienne paraisse satisfaisante.

La malade souffre également de coliques abdominales qui sont attribuées à l'interruption du péristaltisme abdominal dans le cul-de-sac iléal distal. On décide donc de réintervenir.

Le 14 novembre 1951 :

Extirpation du moignon cæcal restant et réimplantation du bout iléal distal en amont de l'anastomose iléo anale créant ainsi un circuit iléal. CRO « Excision

de l'ancienne cicatrice. Un suintement important de la paroi est à noter. On libère néanmoins sans difficultés extrêmes le cæcum qui présente les mêmes altérations que le côlon lors de l'intervention précédente. La dernière anse iléale est dilatée est épaissie. Mais sa muqueuse semble en bon état. Une autre anse grêle étant venue adhérer au cæcum est libérée et immédiatement péritonisée. Elle n'a pas été ouverte. On repère une dernière anse iléale à 50 cm au-dessus de l'anastomose anale ; et on applique l'extrémité distale de l'iléon à cette anse en deux plans au fil de lin. Un drain in situ Catgut sur le péritoine. Paroi soie en un plan total de chaque côté du drain. »

Examens anatomo pathologiques :

Macroscopiquement, côlon rigide, rétréci dans son ensemble avec sclérolipomatose pariétale importante et pseudo polypose étendue. Muqueuse hémorragique sur presque toute son étendue sauf une petite partie du transverse.

Lors de la dernière intervention le cæcum avait le même aspect et les lésions débordaient largement sur la dernière anse iléale qui était entièrement dilatée et atteignait (4 mois après la colectomie) les dimensions habituelles du côlon.

Histologie :

- Côlon transverse, muqueuse, ulcérations n'atteignent pas la musculaire muqueuse, nombreuses suffusions hémorragiques. Dilatations capillaires de la sous-muqueuse avec infiltrations lympho-plasmocytaires péri-capillaires. Artérite dans l'adventice.
- Rectum, mêmes lésions mais plus exclusivement lymphocytaires.
- Iléon, muqueuse sensiblement moins altérée et moins ulcérée que le fragment précédent cæcal. Elle est cependant le siège d'une inflammation aiguë avec phénomènes hémorragiques moins intenses que dans le cæcum. Dans la sous-muqueuse très épaissie, dilatation de capillaires, sclérose de la musculature.

Suites opératoires :

Peu à peu la continence est retrouvée et, en janvier 1952, la malade présente trois à quatre selles par jour. N'a pas d'excoriations cutanées ; une fistule recto-vaginale persiste néanmoins qui doit faire l'objet de soins ultérieurs. Poids 46 kg. Plus d'anémie.

L'amélioration de l'état général se poursuit, 53 kg en juillet 1952, bon appétit. La fistule vaginale est traitée par fil. Les selles se stabilisent à 4 par jour environ et la continence est bonne.

Cependant, des épisodes diarrhéiques avec gaires surviennent par intermittence. Le nombre des selles s'élève alors à 20, 25 par jour et la malade est obligée alors de se garnir la nuit.

Pour de tels troubles une hospitalisation a été nécessaire en 1955. Un transit intestinal fait à cette date montrait une traversée du grêle en 8 heures.

En dehors de ces épisodes, le résultat fonctionnel peut être considéré comme satisfaisant. Néanmoins, des réserves doivent être formulées quant à la stabilité de la guérison et l'équilibre psychique de la malade.

OBSERVATION N° VI*

Monsieur Ml... Abraham, quarante-six ans

Anastomose iléo-rectale.

Apparition en mars 1950 d'une diarrhée fébrile au long cours avec atteinte de l'état général.

Au mois de mai, le Docteur CHAMPEAU pratique une *colectomie subtotale* jusqu'à la partie gauche du sigmoïde avec anastomose iléo sigmoïdienne. Lésions d'allure inflammatoire avec de nombreux ganglions dans le méso, prédominant sur le transverse.

L'examen conclut : colite ulcéreuse avec alternance de zones ulcérées à caractère purulent et de zones de muqueuse tantôt normale, tantôt hyperplasique.

Les suites sont excellentes jusqu'en 1952. Lorsqu'en juillet réapparaissent des troubles : diarrhées, amaigrissement, asthénie. Plusieurs rectoscopies et biopsies montrent qu'il s'agit de lésions inflammatoires de sigmoïdite subaiguë sans caractère tumoral.

En mars 1953 :

Les troubles s'accroissent (9 à 10 selles par jour et fièvre persistante). Apparition d'une tuméfaction palpable de la F.I.G. A la rectoscopie, l'ampoule rectale paraît normale. La jonction recto-sigmoïdienne est le siège d'une petite ulcération en voie de guérison. Par contre, le lavement baryté montre un sigmoïde rétréci, filiforme et d'aspect arciforme.

Le 5 avril 1955 :

Réintervention par le Docteur PINEAU pour cette sigmoïdite post-côlectomie subtotale.

C.R.O. : « *Iléostomie terminale*. Fermeture du rectum restant. Suture de l'uretère gauche :

Médiane sus et sous-ombilicale. Enorme bloc comblant tout le petit bassin, qu'*a priori* on ne pense pas pouvoir enlever. Puis, en repérant la terminaison du grêle avant qu'il ne pénètre dans la masse inflammatoire, on retrouve un clivage latéropariétal droit. En même temps, on arrive sans ennui, au milieu de l'œdème, à décoller la vessie et à aller jusqu'au Douglas. On se porte à gauche, mais les manifestations inflammatoires jointes aux adhérences de la première intervention ne permettent pas de trouver un clivage. Finalement, on procède de droite à gauche en liant les pédicules sur le doigt, en craignant l'uretère gauche. Alors qu'on approche de la ligne médiane, on ouvre celui-ci latéralement. On poursuit la libération et on coupe le rectum. Ablation en bloc de la pièce. Fermeture du rectum en deux plans, surjets catgut et lin.

On essaye de cathétériser l'uretère pour faire une suture sur sonde. Malheureusement, celui-ci est pris dans la région juxta-vésicale dans une gangue inflam-

(*) Docteur CHAMPEAU.

matoire qui ne permet pas d'atteindre la vessie. En raison de l'état du malade et la difficulté de l'opération, on ne fait pas de néphrostomie d'emblée, mais la suture de la plaie urétérale dont la paroi postérieure est intacte (au catgut 000 points séparés). Péritonisation, Mickulicz, une lame suturée au péritoine et glissant sous lui vers l'uretère. Iléon terminal sur tube de Paul. Paroi aux bronzes. »

L'examen anatomo-pathologique répond qu'il s'agit de lésions purement inflammatoires. Elles intéressent toute la région de la jonction et réalisent en profondeur une tumeur granuleuse et inflammatoire avec de nombreux plasmocytes et quelques cellules géantes de réaction à corps étranger, peut-être au voisinage des fils de suture, et n'étant en rien suspect de processus bacillaire.

Treize jours plus tard, néphrostomie gauche trans-pyélique par sonde de Pezzer avec sonde urétérale cathétérisant l'uretère vers le bas et ressortant par la sonde de Pezzer à travers elle.

La sonde de néphrostomie est retirée au bout d'un mois. L'écoulement urinaire par la plaie lombaire est de courte durée. L'urée est à 0,35 g et les contrôles U.I.V. ultérieurs ne montrent qu'un léger retard et déficit fonctionnel à gauche sans dilatation urétéro-pyélo-calicielle.

Du point de vue digestif, les suites sont normales.

L'iléostomie fonctionne bien sans incident pariétal ni cutané particulier.

C'est un an plus tard qu'est envisagé le rétablissement de la continuité.

Le 3 mai 1956 (Docteur CHAMPEAU) :

Iléostomie abdominale. Rétablissement de la continuité *iléo-rectale* avec circuit.

« Par la cicatrice médiane, ouverture de l'abdomen, après fermeture provisoire de l'iléostomie. La libération se fait extrêmement facilement. Il est à noter combien la cavité abdominale est libre d'adhérences. On arrive ainsi très facilement au petit bassin et à voir le bout rectal supérieur derrière un repli vésical.

On s'est aidé pour cela d'une bougie de Hégarr.

Anastomose en circuit iléo-iléal par implantation du bout d'iléostomie à une anse iléale sus-jacente située à 60 cm environ. Cette anastomose est faite aisément en deux plans (surjet fil de lin et catgut). Fermeture de la brèche mésentérique par un surjet de catgut.

Le sommet de la boucle descend très facilement dans le petit bassin et on fait une anastomose latéro-terminale du sommet de cette anse avec le sommet du bout rectal laissé en place (catgut points séparés 2 plans en arrière et 3 en avant). L'anastomose est faite dans des conditions de difficulté moyenne, mais elle ne tire pas.

On glisse une lame de caoutchouc ondulé depuis le bout amont du grêle, trans-anastomotique et ressortant à travers l'anus vers l'extérieur. Une lame, un drain. Fermeture en un plan aux bronzes. »

Quatre jours : ablation de la lame anale. Deux selles liquides.

Deux jours : ablation de la lame et du drain abdominaux. Nombreuses selles liquides et faux besoins.

Sortie le vingt-deuxième jour. Les selles sont devenues moins liquides. La continence est rapidement excellente. Six à sept selles par jour le mois suivant.

Quatre mois après l'intervention, bon état général. A repris 4 kg. Cinq selles en moyenne par jour. Ne se lève pas la nuit. Bonne continence. L'index opaque atteint l'anastomose en six heures.

Revu tout récemment : l'état général est très bon (68 kg, stable), correspondant à peu près à son poids antérieur. Travaille à plein temps comme coiffeur, pratique la natation.

Le résultat fonctionnel est également bon : 5 à 6 selles et 1 la nuit, les deux premières de la journée sont pâteuses. Ne peut rester plus de cinq heures sans aller à la selle. C'est là sa seule gêne et l'examen est normal. La continence est normale.

— *Conclusion* : excellent résultat d'une anastomose iléo-rectale pour colite ulcéreuse. Mais une première tentative en conservant une partie du sigmoïde avait échoué et nécessita une résection recto-sigmoïdienne et rétablissement iléo-rectal secondaire.

OBSERVATION N° VII*

Madame LIM... Ginette, trente-deux ans

Rectocôlite diffuse.

Première poussée en fin 1953. Diarrhée glaireuse. Cinq à six selles pendant trois mois. Deuxième poussée en mai 1954. Rechute fébrile avec grand syndrome muco-hémorragique. L'atteinte paraît alors essentiellement rectale. Muqueuses essentiellement rouges sans ulcérations, recouvertes de mucosités et saignant au contact. Atteinte jusque vers 14 cm. Pas de signes radiologiques d'atteinte colique à cette époque.

L'évolution se poursuit sur un mode subaigu à poussées subcontinues jusqu'en janvier 1955 où la malade est adressée au Docteur CATTAN, alors que l'aggravation se manifeste (amaigrissement, important syndrome septico-pyohémique, émissions sanglantes et purulentes avec phénomènes subocclusifs et péritonéaux, aménorrhée et phlébite).

L'échec du traitement médical conduit à intervenir le 15 janvier 1955.

Le 15 janvier 1955 (Docteur SOUPAULT) :

« R.C.U.H. *Iléostomie abdominale terminale*. I.N.C. de Mc Burney assez large qui permet avec les écarteurs d'explorer un cæcum d'aspect et de consistance normaux au palper avec un appendice libre, un côlon transverse qui vers la partie moyenne est notablement épaissi et, semble-t-il, rétréci, comme l'indique le cliché radiographique. On aperçoit aussi le foie, de coloration sensiblement normale, sans stéatose visible. L'iléon est libre aussi. A 8 ou 10 cm de l'angle iléo-cæcal, on sectionne l'iléon et le mésentère. Hémostase soignée. Abouche-

(*) Docteur SOUPAULT.

ment du bout proximal en dedans à travers la gaine du grand droit, l'intestin et son mésentère étant fixés par quatre points au liganyl perdus au péritoine pariétal. Aucun point n'est fixé sur le plan musculo-aponévrotique et la peau n'est pas suturée. L'intestin est lié et un tube de Paul y sera fixé vingt-quatre heures plus tard. Le bout distal est abouché de la même manière à la partie la plus externe de l'incision de Mac Burney qui est refermée au catgut. L'intestin est lié et la peau est laissée ouverte. Avant de fermer le ventre, on s'est assuré qu'aucune bride ne subsistait, cause éventuelle d'étranglement. »

Deux mois plus tard, l'état reste précaire. Ecoulements liquidiens profus par l'iléostomie avec irritations cutanées. Ecoulements sanglants et purulents persistants par l'anus. Anorexie persistante et gros troubles biologiques. C'est pourquoi il est décidé de recourir à l'*électrocoagulation pré-frontale* de Bucaille. Le 7 mars 1955, première électrocoagulation pré-frontale bilatérale inefficace. Le 18 mars 1955, deuxième électrocoagulation par voie percutanée en utilisant le siège des trépanations antérieures. On assiste dans les suites à un rétablissement de l'état général et la courbe de poids remonte régulièrement (de 34 à 39 kg en un mois et demi). Ceci correspondant à une reprise de l'appétit, à une diminution des émissions qui restent encore mais inconstamment sanglantes.

Une sténose partielle de l'orifice d'iléostomie amène à pratiquer une retouche de la stomie le 28 avril 1955 (Docteur SOUPAULT) :

« Excision d'une collerette cutanée pour rattraper les bords de la muqueuse rétractée jusqu'au plan aponévrotique. Quelques points d'amarrage muco-cutanés.

A noter qu'à la suite de ce minime traumatisme sur l'iléon, il se produit les jours suivants une réponse colique sous forme de quelques selles hémorragiques.

L'examen radiographique montre une atteinte de tout le cadre colique (en fin avril 1955). Le côlon apparaît rétracté, rigide et rétréci dans sa totalité avec des images de pseudo-polype diffus. Le cæcum apparaît relativement moins altéré. Le rectum et la jonction recto-sigmoïdienne paraissent avoir encore une certaine souplesse et capacité.

Au mois de juillet, l'amélioration est suffisante pour envisager une cœlectomie totale avec rétablissement de la continuité.

Le 9 juillet 1955 (Docteur SOUPAULT) :

Cœlectomie totale avec anastomose iléo-rectale (deuxième temps). « Cette malade a eu une iléostomie première avec abouchement séparé des deux bouts, puis électrocoagulation pré-frontale. Laparotomie médiane du pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic.

Le jour sera très satisfaisant, la malade est maigre.

On commence par libérer le bout du côlon que l'on met en attente, puis ensuite tout le cadre colique avec ligature un à un des pédicules (au nombre de vingt). Le côlon est entièrement désinséré, on libère l'orifice distal de l'iléon et on sectionne enfin le rectum à la partie supérieure de l'ampoule, mais en dessous de la charnière. Jusqu'ici, l'opération a été facile, mais par contre l'ampoule rectale donne des inquiétudes. Elle est relativement rouge et surtout ses tuniques sont un peu cartonnées. On hésite à la conserver, mais l'endoscopie est plutôt favorable et d'autre part la malade n'est guère en état de supporter une opération de Champeau d'emblée. On risque l'anastomose iléo-rectale.

Fermeture très soignée de l'ampoule rectale (difficile). L'enfouissement se fait non sans peine et l'iléon est implanté sur la face antérieure d'une façon correcte mais malaisée. Comme toujours, points séparés catgut et liganyl en deux plans et points d'appui complémentaires.

En terminant, il paraît inutile de péritoniser tout le long de la réflexion colique et la paroi est fermée.

Une lame avec drain aspiratif sus-pubien, deux plans, catgut et plastofil Aiotier qu'on a trouvé pas mal. De petits ganglions non caractéristiques dans le mésocôlon. »

Résultat anatomo-pathologique des deux fragments de tunique rectale au niveau de la section :

Lésions caractéristiques de R.C.H. aiguë, énorme congestion vasculaire de la muqueuse, infiltrations inflammatoires et hémorragiques du chorion avec œdème, lésion hypercrinie muqueuse des glandes intestinales ; zones infarctoïdes de la sous-musculaire. Plus à distance, on observe l'extension d'une réaction inflammatoire notable à travers toute l'épaisseur de la paroi.

Les ganglions présentent des lésions exsudatives réactionnelles banales.

Suites :

Gaz le troisième jour. Selles liquides puis pâteuses. Deux selles par jour seulement le vingtième jour après l'opération. Trois mois après, la malade a repris 15 kg. La continence est bonne.

En 1957, est survenu un épisode isolé de diarrhée avec léger saignement rectal, muqueuse rouge mais sans ulcérations et sans pseudo-polypes. Cet incident est resté sans suites et la guérison paraît actuellement acquise de façon stable.

Un contrôle récent vient de confirmer cet état. Très bon état général. Travail. Règles redevenues normales. Prise de poids de plus de 20 kg.

En moyenne, trois selles par jour et une la nuit, continence normale, évite simplement les écarts de régime, mais se trouve normale.

— *Conclusion* : succès total d'une anastomose iléo-rectale effectuée sur un rectum pourtant incomplètement guéri (et sans dérivation iléale d'amont).

OBSERVATION N° VIII*

Madame MOC... Monique, vingt-huit ans

R.C.U.H. diffuse.

Anastomose iléo-rectale.

Le premier épisode diarrhéique remonte à 1950, à la suite d'un accouchement. Il dure environ un mois et ne s'accompagne d'aucune modification rectoscopique ni radiologique.

(*) Docteur SOUPAULT.

En 1953, au cours d'un voyage en Iran, deuxième poussée traitée trois mois pour amibiase.

C'est en 1955, au cours de la troisième poussée, qu'est porté le diagnostic à la suite d'un examen rectoscopique pratiqué par le Docteur ARNOUS. Amélioration sous traitement médical.

En juin 1957, nouvelle poussée à la suite d'une fausse-couche de trois mois. L'évolution prend un mode aigu grave avec émissions sanglantes et purulentes abondantes, état fébrile subcontinu et amaigrissement de 10 kg. Radiologiquement, aspect typique de R.C.H. Images de pseudo-polypose étendue à tout le cadre colique.

Le traitement médical reste inopérant. Le Docteur CATTAN qui voit alors la malade pense « qu'une iléostomie dans cet état paraît trop risquée, et propose une électrocoagulation pré-frontale, puis colectomie totale, car le côlon est dans un tel état qu'on ne peut attendre aucune amélioration ».

Le 20 octobre 1957 :

Electrocoagulation pré-frontale par le Docteur BUCAILLE. La thérapeutique médicale est alors limitée à 3 comprimés de cortancyl. On assiste à une amélioration générale et psychique, une diminution du nombre des selles (3 à 7 par jour). Celles-ci deviennent moulées sans glaires ni sang (mais les rectorragies avaient déjà disparu quelques jours avant l'intervention).

Le mois suivant, une rectoscopie montre un rétrécissement vers 8 à 10 cm. La muqueuse au-dessous n'est pas hémorragique et semble dans un état assez satisfaisant pour être conservée si les difficultés techniques ne s'y opposent pas.

Le 26 novembre 1957 (Docteur SOUPAULT) :

Côlectomie totale avec anastomose iléo-rectale.

« Laparotomie médiane sous-ombilicale prolongée en courte sous-ombilicale. Le côlon présente sur toute son étendue l'aspect d'une rectocôlite avancée, mais sans scléro-lipomatose. Les lésions s'arrêtent juste à la jonction recto-sigmoïdienne. Côlectomie totale de droite à gauche par section première de l'iléon terminal. Au cours de l'exérèse, une brèche est faite dans le transverse. Anastomose termino-terminale iléo-rectale en deux plans catgut et liganyl à points séparés. Points d'amarrage en avant.

Intervention terminée par le Docteur BUCAILLE : péritonisation jusqu'à hauteur de l'ombilic au moins. Drainage des deux flancs par lames et drain aspiratif sortant de chaque côté par contre-incision. Drainage du Douglas par une lame et drain aspiratif sortant par la plaie opératoire. Paroi deux plans catgut et liganyl, à noter que le foie est très légèrement stéatosique.

Les suites ont été bonnes sur le plan digestif. Mais une complication vasculaire d'un membre inférieur survient quelques temps plus tard, à type de gangrène massive, nécessitant une amputation de cuisse (Docteur SERVELLE).

Examen anatomo-pathologique :

Le paquet vasculaire tibial postérieur montre que les artères présentent des lésions minimes d'endarterite avec, par contre, une périartérite fibreuse extrêmement importante. Pas de lésions de thrombose bien qu'il existe une endophlébite assez importante. Pas d'infiltrat cellulaire, notamment périvasculaire correspondant à un processus évolutif.

La malade est partie à l'étranger et l'on est resté sans nouvelles d'elle jusqu'à ces derniers temps où elle a répondu à notre questionnaire. Du point de vue général, elle se porte très bien et a repris son poids antérieur. Elle nage et monte à cheval.

Du point de vue fonctionnel, le résultat est satisfaisant : si ce n'est qu'elle présente en moyenne 7 selles par jour. Mais la continence est normale. Il n'y a plus eu de rectorragies ni de glaires. La personne s'estime en excellent état.

OBSERVATION N° IX*

ME... Hamon, trente ans

Rectocolite gauche.
Bascule du côlon droit.
Côlo-anostomie.

Le début des troubles remonte à juin 1957, à l'occasion d'une diarrhée sanglante. La rectoscopie pose le diagnostic de rectocolite hémorragique.

Une deuxième poussée en novembre. Puis une troisième en février 1958, entraînent une altération importante de l'état général et anémie.

Le lavement baryté montre un aspect marécageux de la partie moyenne du côlon gauche sur 15 cm environ. Les autres segments du cadre colique paraissent normaux.

Le 17 avril 1958 :

C.R.O. : rectocoléctomie suivie d'anastomose du côlon à l'anus :

« R.C.U.H. Rectocoléctomie avec abaissement du côlon ascendant à l'anus par retournement. Position à deux équipes.

Médiane sous-ombilicale prolongée en oblique gauche.

L'aspect extérieur du côlon qui est congestif et épais à la palpation s'arrête juste à l'angle droit. Le cæcum et le côlon ascendant sont d'apparence extérieure parfaitement sains. On décroche l'angle gauche, puis l'angle droit, et on décolle le grand épiploon.

Le mésocôlon contient de très gros ganglions. Ligatures vasculaires ne gardant que l'artère iléo-cæco-colique.

Incision du péritoine autour du rectum. Celui-ci est disséqué au plus près. On fait une opération de Whitehead et on sectionne la paroi rectale juste au sphincter. Un fil sur le manchon muqueux. A ce moment là, tout le rectum est sorti par le ventre. Section du côlon un petit peu au delà de l'aspect anormal (après vidange) et on examine également l'intérieur. La muqueuse paraît saine. On décide le rétablissement par retournement du cæco-ascendant. On fait le retournement en portant le bout colique vers le bas par en dehors. Anastomose en un plan en suturant le bout colique à la peau de la marge de l'anus.

(*) G. THOMERET.

Péritonisation : drain de Babcock dans le péritoine. Paroi. »

Dans les suites rapprochées, selles liquides, incontinence partielle, puis les suites ont été favorables. Cependant, une sténose anale s'est progressivement constituée et, quoique la continence soit bonne, les selles sont restées assez fréquentes (5 à 6 par jour au quatrième mois après l'intervention). Au toucher rectal, l'anus n'admettait que la pulpe du petit doigt.

Ceci nécessita une retouche le 25 septembre 1958.

« Sténose de l'anus. Résection et abaissement.

La suture a lâché en avant surtout et il s'est produit une granulation et une sténose annulaire. On fait quatre points sur la peau et la musculuse. On décolle peau et muqueuse, puis ensuite on tente de décoller tout le côlon ; le décollement est très difficile, le tissu est scléreux. Une ouverture abdominale ne facilite en rien la manœuvre.

On arrive tout de même à une certaine mobilisation et on résèque la zone sténosée. On abaisse la muqueuse saine, mais avec une certaine tension. »

Un mois plus tard, l'amélioration fonctionnelle se précisait.

En janvier 1959, l'état général était excellent avec importante reprise de poids. L'anus admettait facilement l'index jusqu'à la deuxième articulation. Le sphincter se contractait bien. La continence bonne. Trois à quatre selles par jour. Quelques diarrhées occasionnelles. « Parfois le contrôle sphinctérien n'est pas parfait. Ceci dépend de l'alimentation. Mais le résultat fonctionnel et le confort ne se comparent pas avec l'infirmité d'une iléostomie. »

La pièce de colectomie confirmait le diagnostic : « A l'ouverture de la pièce, trois zones tout à fait distinctes :

- 1° Le rectum, muqueuse granuleuse sans plis, paraissant malade mais assez peu.
- 2° Le côlon, il n'existe plus de muqueuse, mais un tissu granuleux bourgeonnant presque noir.
- 3° Il existe une zone de muqueuse saine (2 ou 3 cm) à l'extrémité de la pièce. »

OBSERVATION N° X*

Enfant NO... Annik

Iléo-anostomie.

Le début des troubles remonte à 1954. A l'âge de neuf ans, cette fillette présente des selles sanglantes. Le diagnostic de R.C.H. est porté à cette époque sur l'aspect rectoscopique typique, hémorragique de la maladie. Rien de caractéristique encore au lavement baryté.

Devant l'échec des thérapeutiques médicales avec aggravation notable en fin 1954, une *iléostomie* est faite le 6 janvier 1955.

(*) Professeur J. LOYGUE.

Compte rendu opératoire (Docteur FOURNIER, Vincent) :

« Incision trans-rectale droite. Les dernières anses iléales sont d'aspect normal, ainsi que le cæcum. On note seulement l'apparition rapide d'un piqueté hémorragique au cours de l'intervention. Section du mésentère à 15 cm environ de la jonction iléo-cæcale. Excision d'une pastille cutanée de la fosse iliaque droite. On introduit par l'orifice une pince. Section de l'iléon. Extériorisation du bout proximal dans la F.I.D., anse fixée au péritoine pariétal par deux points de lin. Fixation des deux lèvres du mésentère à la lèvre droite de l'incision. Fermeture du péritoine au lin. Catgut sur le muscle. Lin sur la gaine des droits. Paroi à la soie et crins. Fixation des deux bouts iléaux à la peau par des points de soie. »

Les suites sont émaillées de quelques incidents tels : excoriations cutanées, quelques épisodes diarrhéiques et sanglants ayant fait craindre une poussée dans le courant de la première année. Cependant, l'iléostomie fonctionne bien, l'amélioration se précise.

En juillet 1957 :

La rectoscopie est possible jusqu'à 15 cm seulement. Elle montre : dans la partie basse, peu de lésions, fragilité très discrète de la muqueuse et aspect atrophique. Par contre, vers 12 cm et au-dessus, la muqueuse est épaissie, plus succulente que de coutume. Il existe quelques exulcérations, les unes rougeâtres, les autres recouvertes d'un enduit blanchâtre. A ce niveau, la fragilité est beaucoup plus importante, la muqueuse pleure le sang.

La radiographie montre une guérison complète du côlon droit et du transverse et du descendant jusqu'au côlon iliaque. Persistance de lésions au niveau du côlon iléo-pelvien.

MM. LAURENCE et LOYGUE décident alors de temporiser encore six mois, car la suppression de l'iléostomie est impossible du fait de la persistance des lésions distales. Par ailleurs, la colectomie totale est rejetée du fait de la nette amélioration et en tenant compte de l'âge de l'enfant.

Si aucune poussée nouvelle ne survient, un aspect de légère extension en hauteur vers l'angle gauche est noté en septembre et il est décidé de pratiquer une résection gauche sous protection de l'iléostomie.

Le 17 octobre 1957 :

Compte rendu opératoire (FOURNIER, LOYGUE) : « Incision de Barraya gauche. Décollement colo-pariétal gauche. Libération de l'angle gauche ; décollement colo-épiploïque assez poussé vers la droite. *Hémicôlectomie gauche*, la section portant en haut à la partie moyenne du transverse, en bas à 5 cm environ au-dessus du cul-de-sac de Douglas. Suture transverse du rectum termino-terminale en un plan de soie 00. Fermeture de la brèche mésocolique, fermeture de la paroi plan par plan au nylon sans drainage.

Examen anatomo-pathologique :

— Macroscopique : pièce, 20 cm. Paroi colique épaisse. Muqueuse peu ulcérée. Rares petites formations polypeuses.

— Histologique : muqueuse peu altérée. Erosions rares. Petits polypes résultant plus de l'étirement et l'épaississement de la sous-muqueuse que de l'hyperplasie des glandes ou que de la transformation granulomateuse du chorion. Pas

d'infiltration inflammatoire. Sous-muqueuse épaisse, fibreuse, mais non inflammatoire. Vaisseaux intacts, mais modifications beaucoup plus importantes affectant les plexus neuro-végétatifs et surtout d'Auerbach (œdème, atrophie avec rétraction protoplasmique de nombreux neurones), très peu de modifications de la sous-séreuse. Ganglions du méso sans lésions inflammatoires. En résumé, images de micropolypes coliques sans érosions. Pas de caractère hémorragique net, ni d'infiltration inflammatoire. L'essentiel est l'intense modification du réseau nerveux, s'étendant sur toute la hauteur de la pièce.»

Après des suites immédiates favorables, on assiste en fin 1957 à une *reprise évolutive grave de la maladie sur le côlon conservé*.

En décembre 1957, la rectoscopie montre de multiples ulcérations rectales en tête d'épingle diffuses. Le simple contact du rectoscope fait saigner en nappe. On progresse jusqu'à 13 cm, zone qui doit correspondre à l'anastomose. Les lésions sont maxima à ce niveau. L'anastomose est souple, mais le rectoscope ne peut la franchir, car on n'ose pas forcer et on est aveuglé par le sang. Force est donc de compléter l'exérèse et de réaliser une *côloproctectomie totale en janvier 1958*.

31 janvier 1958 (J. LOYGUE) :

« ... J'avais pensé, dans les semaines qui ont suivi la deuxième intervention, être amené à compléter la colectomie. Comme d'autre part l'iléostomie donne des selles relativement moulées et peu fréquentes, on tente en raison de l'âge de la malade, un rétablissement de la continuité *par abaissement trans-sphinctérien* du grêle.

On repasse par la même incision para-médiane gauche... Libération des deux bouts iléaux mis à la peau. Colectomie totale facile de droite à gauche. Au niveau du rectum, on passe au plus près de la paroi intestinale de la gaine. Par un temps périnéal facile, on dissèque la muqueuse du bas-rectum en conservant le sphincter, les releveurs, la musculature du bas-rectum.

En revenant par le ventre, après deux petites incisions dans le mésentère, on abaisse sans traction l'iléon au périnée en faisant sortir un boudin de 3 à 4 cm bien vascularisé.

Péritonisation en amarrant le mésentère à la paroi pelvienne pour éviter une rétraction secondaire. Paroi nylon.»

Suites simples. En mars, six selles en moyenne normales ou pâteuses, bien contrôlées, pas de sang, pas de douleurs, bon état général, augmentation de poids.

Mais les mois suivants, apparition occasionnelle de sang dans les selles en rapport avec une petite *fistule iléo-vaginale* qui a été traitée par dilatations anales sous anesthésie générale et lavements à la vitamine A. Cette fistule semble en rapport avec une sténose inflammatoire de l'anastomose et iléite de stase. Malgré la stabilisation actuelle et le bon résultat sur le plan strictement fonctionnel sphinctérien, le pronostic doit être réservé et l'éventualité d'une iléostomie abdominale ultérieure est probable.

Cette observation met en évidence l'insuffisance de l'iléostomie isolée. Elle représente un échec de colectomie segmentaire et ceci d'autant plus que la résection gauche avait été pratiquée sous couvert

de l'iléostomie. L'indication du rétablissement iléo-anal a été posée en raison du jeune âge de la malade. Bien que la continence obtenue soit bonne, le résultat est classé comme médiocre car la guérison n'est pas acquise et que le pronostic doit être réservé.

OBSERVATION N° XI*

Monsieur MOI..., dix-huit ans

Anastomose iléo-sigmoïdienne.
Côlite ulcéreuse.

Le début des troubles remonte à juin 1957 par une diarrhée fébrile avec altérations rapides de l'état général, escarres fessières et manifestations articulaires.

La rectoscopie montre une muqueuse granuleuse, œdémateuse, saignant facilement, sans ulcérations. Le lavement baryté montre une atteinte colique diffuse jusqu'au sigmoïde, avec pseudo-polypes.

Le 29 juillet 1957 :

Côlectomie subtotal (J. LOYGUE) : « Côlite ulcéreuse grave évoluant depuis un peu plus de deux mois et qui résiste au traitement médical. Depuis quinze jours que le malade est hospitalisé, il a encore perdu plus de 15 kg, la température persiste inchangée, avec une tachycardie à 150, l'existence d'une escarre, une dermatite à entérocoque, tout pousse à intervenir. Para-médiane gauche. Lésions considérables de type habituel, avec adénopathies importantes, atteignant la totalité du côlon et la partie terminale du sigmoïde. L'intervention se poursuit non sans quelques soucis, due à une tachycardie qui atteint 190.

Devant l'ensemble extérieur apparemment sain ou peu malade du bas-sigmoïde et du rectum, devant les constatations radiologiques et rectoscopiques, on croit pouvoir conserver ce segment et rétablir la continuité par anastomose iléo-sigmoïdienne en deux plans à points séparés. Fermeture de la brèche mésentérique. Pas de péritonisation. Drain para-lombaire. »

Compte rendu anatomo-pathologique :

« Lésions diffuses de R.C.H. avec ulcérations multiples, suppurées, alternant avec des pseudo-polypes inflammatoires. La congestion vasculaire muqueuse et sous-muqueuse est très intense. Lésions étendues à tout le côlon réséqué, sauf sur les deux ou trois derniers centimètres. Le grêle montre des lésions minimales microscopiquement seulement.

Les suites sont favorables, marquées par une reprise de poids, un retour à la normale de la courbe thermique, une diminution du nombre des selles.

(*) Professeur J. LOYGUE.

On note cependant, en octobre 1957 (Docteur COMTE), un épisode diarrhéique qui ne s'explique pas seulement par l'anastomose iléo-sigmoïdienne. A la rectoscopie, on retrouve une petite ulcération superficielle avec un petit polype inflammatoire bénin.

L'amélioration de l'état général se poursuit (a pris 20 kg). Le résultat sur la fonction sphinctérienne est excellent. L'activité du sujet est normale. Il vient d'être reçu à son baccalauréat. Cependant « ce résultat est encore trop récent pour être considéré comme acquis, et ceci d'autant plus qu'une menace pèse toujours sur l'avenir, sous la forme d'une ulcération rectale qui ne s'étend pas, mais n'a aucune tendance à se cicatriser et saigne de temps à autre ».

— *Conclusion* : donc, excellent résultat fonctionnel d'un rétablissement iléo-sigmoïdien mais trop récent et dont le pronostic quant à la stabilité de la guérison doit être réservé.

OBSERVATION N° XII*

Madame Le B... Solange, vingt-deux ans

Côlite ulcéreuse gauche.

Anastomose colo-rectale après colectomie gauche.

Chez cette femme de vingt-deux ans, les troubles apparaissent en 1956 après une année émaillée de différents incidents (traitement chirurgical d'hémorroïdes, appendicectomie, bartholinite). C'est alors que se précisent les troubles coliques.

Ceux-ci aboutissent à un état grabataire avec cachexie, œdème des membres inférieurs, ulcérations rectales et anales dont la nature tuberculeuse avait été soulevée.

En octobre 1957, une amélioration de l'état général est notée. A la radiographie, apparaît un rétrécissement du côlon descendant avec disparition du relief muqueux habituel prédominant sur le sigmoïde. Ceci correspond à une masse sigmoïdienne mobile, assez tendue.

A la rectoscopie, ulcération en voie de cicatrisation au niveau de l'orifice recto-sigmoïdien vers deux heures.

L'amélioration se poursuit. Ultérieurement, le rétrécissement antérieurement constaté paraît recouvert d'une muqueuse normale ; par contre, la zone immédiatement sous-jacente est le siège d'un placard bourgeonnant exulcéré recouvert d'un dépôt muco-purulent peu abondant et fragile au contact. La limite inférieure de ce placard est à 10 cm environ.

Le 18 octobre 1957 :

Hémicôlectomie gauche (J. LOYGUE) : « Médiane prolongée en oblique supérieure gauche. Très grosses lésions inflammatoires intéressant l'ensemble du côlon

(*) Professeur J. LOYGUE.

depuis l'angle gauche, correspondant exactement à ce que montraient les radios, mais ces mêmes lésions intéressent toute la portion intra-péritonéale du rectum. Il semble difficile d'adopter une solution chirurgicale logique. Il n'est pas question chez cette jeune femme non préparée et dans la méconnaissance où l'on est du potentiel évolutif des lésions rectales, de pratiquer une amputation rectale. D'autre part, l'abaissement trans-anal du côlon ne permet pas, en raison des lésions anales et de l'état du sphincter, d'espérer un bon résultat fonctionnel, et on doit donc se contenter de pratiquer une intervention incomplète, c'est-à-dire : résection de l'angle gauche, du descendant, et de côlon iléo-pelvien en restant à la partie moyenne de l'ampoule rectale. Le côlon transverse est très long, son méso aussi, il paraît descendre facilement jusque dans le bassin.

Après ablation de la pièce, anastomose colo-rectale en un plan à points séparés. Si, du côté amont, l'état des tuniques est satisfaisant, il n'en est pas de même vers le bas, et l'on protège cette anastomose assez précaire par une extra-péritonisation complète, drain aspiratif, paroi nylon. »

— *Examen de la pièce* : lésions intéressant la séreuse et la musculuse très épaissie, inflammatoire, scléreuse. Si la muqueuse n'a pas un aspect normal, par contre, nulle part on n'y voit d'ulcération ou de pseudo-polypes.

— *Histologie* : follicules dans les trois tuniques. C'est au niveau de la sous-muqueuse que les lésions semblent débiter et gagner la muqueuse qu'elle détruit par places et la musculuse et la séreuse présentant un épaississement inflammatoire avec cellules lympho-plasmocytaires.

— *Conclusion* : cette opérée présente un excellent résultat général et fonctionnel. Apparemment guérie depuis octobre 1957, elle « garde cependant une ulcération rectale qui, jusqu'à présent, a résisté à toutes les thérapeutiques et nous oblige à porter quelques réserves sur le pronostic lointain ».

OBSERVATION N° XIII*

Mademoiselle ACK...

Rectocôlite diffuse.

Anastomose iléo-rectale.

Iléostomie abdominale.

R.C.U.H. grave chez une jeune fille de vingt-deux ans. La maladie évolue depuis un an et résiste au traitement médical (Docteurs CATTAN, BENSALUDE).

Malgré la présence de lésions caractéristiques, mais relativement atténuées, la moitié inférieure de l'ampoule rectale est conservée et la continuité est rétablie par anastomose iléo-rectale (décembre 1956).

(*) Professeur J. LOYGUE.

Les suites opératoires sont d'abord simples les premiers mois (5 à 6 selles par jour, mais qui restent molles ou liquides).

Le 17 janvier 1957, survient une occlusion mécanique par bride qui nécessite une nouvelle laparotomie. Jusqu'au mois de juin, l'état de la malade est satisfaisant : apyrexie, repris de poids, bonne continence sphinctérienne, mais le nombre des émissions par l'anus ne tombe pas au-dessous de 6 par vingt-quatre heures, les selles restant toujours très liquides. A partir de la fin du mois de juin, les selles augmentent encore de fréquence et contiennent du sang, en même temps qu'une suppuration profonde se constitue, qui va se faire jour au niveau d'une ancienne cicatrice de drainage de la fosse iliaque gauche, mais dont l'origine ne sera pas alors reconnue.

En août 1957, nouvelle occlusion mécanique de l'intestin grêle qui est opérée tardivement. On trouve une perforation de l'anse grêle sus-jacente à l'obstacle. L'état gravissime de la malade ne permet pas de faire autre chose qu'une iléostomie latérale en introduisant une sonde Pezzer par la perforation. En octobre 1957, cette dérivation latérale est transformée en *iléostomie terminale*.

Mais dès lors, il apparaît que la suppuration qui ne s'est jamais tarie provient du pelvis et plus exactement de la région de l'anastomose iléo-rectale, et que, d'autre part, tout le segment intestinal compris entre l'iléostomie et cette anastomose est le siège de lésions d'iléite.

Pendant toute cette période et les mois qui vont suivre, cette malade grabataire, couverte d'escarres, suppurant, reste entre la vie et la mort. Ce n'est qu'en février 1958 que, profitant d'une légère amélioration, nous pourrions supprimer la portion d'iléon comprise entre l'iléostomie et l'ancienne anastomose iléo-rectale.

Le 12 février 1958 :

Compte rendu opératoire : on repasse par la médiane. On s'aperçoit après un temps de libération assez long, que l'iléostomie a été faite assez haut sur le grêle (un mètre en amont de la valvule de Bauhin). Mais tout le segment d'aval est atteint de lésions considérables, force est donc de supprimer ce segment pour pouvoir poursuivre jusqu'à la portion du rectum conservé. On découvre ainsi au niveau de l'anastomose une énorme collection suppurée, fétide, qui se draine mal, à la fois par la fistule purulente de la F.I.G. et par l'anus. On remet l'iléostomie en bonne place. Suture de la paroi.

— *Macroscopiquement* : lésions considérables. Dilatation de l'intestin, épaississement de la paroi et, au niveau de la muqueuse, vastes plages ulcérées avec proliférations polypoïdes. Elles trouvent leur maximum sur les derniers centimètres.

— *Histologiquement* : iléite ulcéreuse à foyers multiples ; soit petits abcès en bouton de chemise, soit vastes ulcérations qui, çà et là, isolent des restes de muqueuse en hypertrophie inflammatoire, réalisant des pseudo-polypes. Partout, il existe une sclérose et une hypervascularisation considérables de la sous-muqueuse et du tissu sous-péritonéal mésentérique, prenant par places un caractère presque angiomateux. Il est difficile de ne pas trouver comparables les lésions de cette cõlite ulcéreuse et de cette iléite ulcéreuse. Aux marques d'ancienneté près, on peut les tenir pour identiques (TOURNEUR).

Grâce à une réanimation soutenue et délicate, l'amélioration s'est peu à peu précisée de mai à juin 1958. La malade passait de 37 kg à 46 kg. L'iléostomie fonctionne bien.

La guérison est maintenant acquise, mais au prix d'une iléostomie abdominale définitive.

Cette observation représente un échec du rétablissement iléo-rectal par sténose de l'anastomose et *iléite post-opératoire* en amont.

OBSERVATION N° XIV*

Madame DU... Andrée, trente-et-un ans

Côlite ulcéreuse gauche.

Anastomose côlo-sigmoïdienne après cœlectomie gauche.

Première poussée de décembre 1956 à avril 1957, sous forme de diarrhée extrême et hémorragique. Aspect de purpura rectal sans ulcérations ni pus. Pas de modifications du lavement baryté traité par corticothérapie entraînant une cédation avec reprise de l'état général.

Deuxième poussée en fin 1958 durant un mois.

Troisième poussée sous forme subaiguë en février 1959.

La rectoscopie montre alors une muqueuse normale, la rectocôlite paraissant alors stabilisée. Mais au lavement baryté : aspect de côlite gauche avec disparition des haustrations et fines images cerclées sur le côlon gauche. Il est difficile de dire s'il s'agit de petits polypes, de petites ulcérations ou d'une fragmentation de la baryte sur une muqueuse érodée.

C'est alors qu'elle est adressée pour *hémicœlectomie gauche*.

Le 6 juillet 1959 :

Compte rendu opératoire : para-médiane gauche. Extérieurement, les lésions cèdent immédiatement au niveau du côlon descendant. Le sigmoïde paraît sain. En amont, comme le montrent les radios, les deux tiers droits du transverse paraissent indemnes.

On est donc amené à pratiquer, comme prévu, une hémicœlectomie gauche, sectionnant le transverse au niveau de son tiers moyen. En bas, on coupe au niveau de la partie moyenne du sigmoïde. Si vers le haut on a très nettement dépassé les lésions, vers le bas au contraire on trouve la muqueuse du sigmoïde parsemée de petits polypes.

Comme la paroi est souple, comme la muqueuse n'est pas ulcérée, on ne se croit pas obligé de descendre plus bas, et on pratique une anastomose côlo-

(*) Professeur J. LOYGUE.

colique termino-terminale après fermeture de la brèche mésocolique. Drain aspiratif dans l'hypochondre gauche. Paroi nylon.

Les résultats immédiats sur le plan fonctionnel et général sont très bons, mais le cas est trop récent pour qu'on puisse tirer des conclusions valables quant à la stabilité de la guérison.

OBSERVATION N° XV*

Monsieur FR... Lucien, trente-cinq ans

Côlite ulcéreuse gauche.

Pas de rétablissement de continuité.

Le 13 avril 1959 :

Côlectomie subtotalité : « Para-médiane gauche. Les lésions sont très intenses au niveau du sigmoïde, mais plus encore au niveau du côlon descendant et de l'angle gauche. Elles paraissent minimes au niveau du rectum, encore qu'il existe au niveau de l'hémisphère péri-rectal un état inflammatoire. Par contre, les lésions cessent brusquement à la partie moyenne du côlon transverse, tout l'hémicôlon droit paraît rigoureusement normal.

Dans ces conditions, on renonce à la côlectomie totale.

Si l'on ne croit pas pouvoir conserver le rectum en raison surtout de la suppuration anale, qui a entraîné une sclérose péri-sphinctérienne considérable, par contre, il semble normal de conserver le côlon droit en établissant une colostomie terminale avec la partie droite du transverse.

L'opération se déroule de la façon suivante : mobilisation du transverse gauche, de l'angle gauche, puis du descendant du sigmoïde et enfin proctectomie qui nécessitera un court temps périnéal. Colostomie dans l'hypochondre droit. Péritonisation. Paroi nylon. »

L'examen anatomique montre les lésions de R.C.U.H. avec nombreux pseudo-polypes et énorme scléro-lipomatose péri-colique, arrêt très net des lésions. 16 cm de côlon droit sain et 8 cm de rectum ont été enlevés. Sur le rectum, la sclérose sous-muqueuse persiste après disparition des lésions inflammatoires et des polypes. La muqueuse rectale au delà de la zone lésée est un peu atrophique.

Il s'agit donc ici d'une forme segmentaire gauche ou le rétablissement de la continuité n'a pu être envisagé malgré un bas-rectum relativement sain, car la sclérose péri-anale détruit l'appareil sphinctérien. L'intervention est récente. Le malade revu récemment était bien appareillé, en bon état général et travaillait à mi-temps.

(*) Professeur J. LOYGUE.

OBSERVATION N° XVI*

Monsieur BOU..., vingt-quatre ans

R.C.U.H.

Anastomose iléo-rectale.

Ce malade a subi :

Le 28 août 1952, une iléostomie.

Le 8 décembre 1952, une côlectomie subtotala pour cõlíte ulcéreuse typique avec lésions vasculaires et sclérose prédominant dans la sous-muqueuse.

En avril 1953, un rétablissement de la continuité par anastomose iléo-sigmoïdienne.

En septembre 1955, il présente une récïdive au niveau du sigmoïde, le rectum par contre est resté sain. On pratique alors une résection sigmoïdienne avec rétablissement iléo-rectal.

— *Compte rendu histologique* : récïdive avec fistule à la paroi et sténose de l'anastomose. Mêmes lésions qu'en 1952 de cõlíte ulcéreuse non spécifique, type R.C.U.H.

Le résultat général et fonctionnel a été bon. Mais le malade n'a été suivi qu'un an, puis perdu de vue.

Cette récïdive sigmoïdienne localisée est un argument en faveur de la théorie d'AYLETT qui fait porter systématiquement son anastomose sur le rectum de préférence au sigmoïde.

OBSERVATION N° XVII*

Mademoiselle HAT... Marie, trente ans

R.C.U.H. diffuse.

Anastomose iléo-sigmoïdienne.

Le début des troubles remonte à juillet 1946 où, à l'âge de vingt-sept ans, la malade présente une poussée grave aiguë nécessitant son hospitalisation.

Nouvelles poussées en octobre 1947 et mars 1948. Cette dernière poussée est très grave avec intolérance gastrique, anémie. Le poids est de 30 kg. L'aggravation se poursuit malgré un traitement intensif.

(*) Professeur J. LOYGUE.

(*) MM. CHARRIER - LOYGUE.

22 novembre 1948 :

Une iléostomie est pratiquée (Docteur CHARRIER).

Début 1949 :

L'amélioration s'amorce. Poids : 42 kg. Au lavement baryté, le côlon apparaît rétréci dans son ensemble avec disparition des segmentations haustrales et aspect pseudo-polypeux.

Le 16 mai 1949 :

Côlectomie subtotala avec anastomose iléo-sigmoïdienne par intubation (Docteur CHARRIER). « Laparotomie médiane. Détachement progressif de tout le côlon, en commençant par la droite. Section du grêle au ras de l'anus. Péritonisation des deux flancs. En bas, le sigmoïde paraît sain. On sectionne l'intestin à 10 cm au-dessus du Douglas. Invagination du grêle par le tube. Au moment de la traction, le grêle lâche. On le laisse dans le sigmoïde bas et on termine par une sonde dans le grêle au-dessus de l'anastomose. Lame de caoutchouc et mèche (deux heures).

Suites simples malgré une petite fistule au niveau de la suture-trajet qui se ferme en quelques jours.

Dix ans plus tard, l'état général est excellent. Aucune poussée depuis, jamais de sang dans les selles. Une selle normale par jour. Continence strictement normale. Bien réglée. Le régime alimentaire suivi est strict.

OBSERVATION N° XVIII*

Madame RES..., soixante-douze ans

Côlite ulcéreuse.

Rétablissement de la continuité digestive côlo-colique récent.

Le 30 novembre 1958 :

Côlectomie gauche et transverse (Professeur LOYGUE). « Médiane. Il s'agit non pas d'une sigmoïdite diverticulaire accédée, mais d'une côlite ulcéreuse diffuse dont le maximum atteint le côlon sigmoïde. Le rectum paraît également touché, de même que le côlon droit. Côlectomie transverse gauche. Section du côlon au niveau de l'angle droit, le bout d'amont est mis à la peau en anus iliaque droit. Section du sigmoïde à sa partie moyenne ; le bout d'aval est extériorisé dans la F.I.G. »

— *Examen histologique* : côlite ulcéreuse sans l'énorme congestion vasculaire du chorion et de la sous-muqueuse des cas typiques. Lésions artériolaires évoquant un facteur allergique et ulcérations superficielles à liseré nécrotique. Diverticules sans diverticulite n'expliquant pas les lésions coliques, donc aspects atypiques.

(*) Professeur J. LOYGUE.

Dans les suites, la malade a fait une éviscération au dixième jour, puis s'est rétablie normalement.

« Sept mois après, persistance de lésions rectales diffuses et intenses non améliorées... et si nous envisageons pour les mois à venir un abaissement trans-anal du côlon droit, suivant la technique de Deloyers, ce n'est pas sans appréhension, en raison de l'âge de la malade (soixante-treize ans) et de la médiocre qualité de son sphincter. »

Le rétablissement vient d'être effectué tout récemment, on ne peut encore faire état de son résultat.

OBSERVATION N° XIX*

Madame LER...,

R.C.U.H. diffuse.

Pas de rétablissement de la continuité digestive.

Iléostomisée en 1952 par le Docteur CHARRIER.

En 1954 :

Une colectomie totale est réalisée en laissant en place le rectum.

L'état du rectum ne permet pas un rétablissement immédiat de la continuité.

Cette malade, revue en octobre 1959, présente des lésions persistantes hémorragiques et irréversibles qui nécessiteront certainement une amputation.

Cette observation illustre que des lésions rectales avancées peuvent ne présenter aucune tendance à la cicatrisation même après dérivation des matières et colectomie. Et lorsque les lésions sont trop importantes pour permettre un rétablissement d'emblée, elles ont toutes chances d'être irréversibles et rendre vain tout espoir de rétablissement.

OBSERVATION N° XX*

Madame DEL... Véronique, quarante-et-un ans

Côlite droite.

Anastomose iléo-colique gauche.

En 1947, à l'âge de vingt-huit ans, la malade subit une iléo-transversostomie pour lésion colique droite d'étiologie indéterminée de nature inflammatoire.

(*) Professeur J. LOYGUE.

Adressée au Docteur LOYGUE en janvier 1955, elle présente alors un grand syndrome général associant signes infectieux graves avec manifestations articulaires pseudo-rhumatismales, hippocratisme digital, troubles des phanères et cachexie. Ces troubles sont consécutifs à une diarrhée chronique sévère en rapport avec des lésions de côlite droite et transverse.

Le 1^{er} février 1955 :

Est pratiquée une cœlectomie subtotala avec anastomose iléo-colique portant sur le descendant.

Les suites sont favorables et quelques mois après la malade avait repris 7 kg et les manifestations diverses articulaires et des phanères avaient disparu. Les règles sont réapparues.

Revue en janvier 1960, l'état général est excellent. Elle présente une selle par jour, continence normale, travaille normalement. Il n'y a plus eu de rectorragie, aucun régime alimentaire particulier n'est nécessaire.

OBSERVATION N° XXI*

Monsieur BEA...

Cœlectomie gauche palliative.

Il s'agit d'un cas particulier de polypose diffuse avec dégénérescence rectale lors du diagnostic.

A l'intervention, un nodule hépatique d'aspect métastatique.

Une intervention palliative a été réalisée sous forme d'une cœlectomie gauche avec abaissement du transverse au sphincter (Babcock).

Ce cas n'est cité que pour rappeler la menace majeure de la polypose : la dégénérescence maligne, argument en faveur de la cœlectomie totale de principe à titre prophylactique pour la plupart des auteurs.

OBSERVATION N° XXII*

Monsieur HIN... Etienne, vingt-trois ans

Polypose R.C. diffuse.

Anastomose iléo-sigmoïdienne.

Il s'agit d'une forme diffuse familiale. Sept cas ont été relevés dans la famille. Le père est décédé d'un cancer colique droit. Ce malade est un sujet jeune qui refuse formellement l'amputation.

(*) Professeur J. LOYGUE.

En octobre 1958, une cinquantaine de polypes sont enlevés par voie endo-anale. Ce nettoyage a été complété ultérieurement par électrocoagulation en rectoscopie.

Le 12 mars 1959 :

Le Docteur LOYGUE pratique une côlectomie subtotalle laissant en place le côlon sigmoïde et le rectum, car le sigmoïde en rectoscopie s'est avéré bien débarrassé de tout polype. Du fait du caractère clinique (confluence des polypes) et familial de cette polypose, la côlectomie a été totale en amont bien que les examens radiologiques et même la palpation per-opératoire semblaient montrer une intégrité du côlon droit et du cæcum. Or, sur la pièce opératoire, une masse de polypes cæcaux et coliques droits ont été retrouvés. L'intervention est terminée par une iléo-sigmoïdostomie.

Le recul actuel n'est que d'un an. Pour l'instant, aucune récurrence rectale n'a été observée et le résultat fonctionnel est très bon.

Cette observation représente une indication limite de conservation rectale du fait de la diffusion des polypes habituellement trop importante au niveau du rectum dans ces formes diffuses familiales. Ici le contrôle rectoscopique fut possible et le point de vue du malade a fait adopter une attitude conservatrice. Par ailleurs, elle montre la difficulté du diagnostic précis de l'étendue lésionnelle et la nécessité d'une côlectomie totale en amont et ne conserver dans tous les cas qu'un secteur distal entièrement contrôlable par rectoscopie.

OBSERVATION N° XXIII*

Monsieur CH..., vingt-quatre ans

Polypose multiple disséminée, de topographie gauche.
Côlectomie gauche. Abaissement trans-ano-rectal.

Il s'agit ici d'une forme non familiale et d'une distribution disséminée, mais de topographie gauche des polypes.

En janvier 1956 :

Intervention : au niveau du transverse, il n'y a plus de polypes. Ceci est vérifié par *côloscopie* per-opératoire et a permis de conserver le segment colique droit. Hémicôlectomie gauche. La section inférieure passe par la partie moyenne du rectum. La muqueuse du bas-rectum est disséquée vers le bas en conservant la musculuse, à travers le manchon musculaire rectal, le transverse est abaissé.

(*) Professeur J. LOYGUE.

Secondairement, des complications infectieuses au niveau de l'intubation ont entraîné un rétrécissement qui a compromis le résultat fonctionnel.

Dans ce cas, la résection a été limitée du fait du caractère anatomo-clinique de cette polypose (disséminée, topographie gauche vérifiable de façon certaine uniquement par côloscopie per-opératoire. De potentiel en principe moins malin que la forme précédente). Cependant, le principe de la colectomie totale semble être plus formellement admis actuellement par la plupart des auteurs. Quant à la technique de dissection sous-muqueuse rectale, elle se rapproche de celle de Roux. Rappelons cependant que cet auteur préconise actuellement de procéder à une dissection sous-muqueuse par voie mixte et sans ouverture de la lumière intestinale permettant l'intubation du côlon trans-ano-rectal sans temps septique, la section intestinale ne s'effectuant qu'après extériorisation à l'anus. Peut-être cette précaution peut-elle dans une certaine mesure prévenir les complications septiques dans la gaine rectale et améliorer les résultats de cette méthode ?

OBSERVATION N° XXIV*

Monsieur LAN..., trente-deux ans

Iléo-anostomie en circuit.

Il s'agit d'une polypose multiple disséminée non familiale qui a fait l'objet d'une côlo-proctectomie totale avec anastomose iléo-anele en trois temps.

Janvier 1953 :

Iléostomie.

Quinze jours plus tard :

Colectomie totale.

Avril 1953 :

Amputation du rectum avec iléo-anostomie type Champeau.

Pendant deux ans et demi (jusqu'en janvier 1956), le sujet reste continent le jour, mais incontinent la nuit.

L'iléostomie abdominale définitive est rétablie sur sa demande.

Le malade s'est bien adapté à son iléostomie et se porte bien.

(*) Professeur J. LOYGUE.

OBSERVATION N° XXV*

Madame RI... Estelle, quarante-sept ans

R.C.U.H. droite.

Côlectomie droite. Anastomose iléo-colique gauche.

Les antécédents de cette malade sont chargés : appendicectomie en 1934 ; cholécystectomie en 1935 ; hystérectomie sans conservation annexielle pour salpingite en 1950. Elle est admise dans le Service du Professeur agrégé COMTE, à Tenon, en juillet 1957, pour troubles digestifs : douleurs de l'hypochondre droit, alternatives de diarrhées et de constipation, amaigrissement (ne pesant plus que 39 kg) et signes de distension cœcale à la radio.

Ultérieurement, sont apparues les rectorragies et la diarrhée s'est accrue (7 à 8 selles par jour). A la lecture des différentes séries de radiographies pratiquées depuis quelques années, il apparaît un développement progressif d'images pathologiques : disparition des haustrations, floculation de la baryte, gros cæcum, altérations pariétales nettes avec effilochages qui permettent de conclure au diagnostic de cõlite droite avec suspicion d'atteinte de la dernière anse iléale.

L'aggravation générale, l'intolérance alimentaire conduisent à intervenir le 3 septembre 1958 (Docteur MAILLARD).

« Incision de Barraya droite. Cõlon épais, hypervascularisé jusqu'à la moitié du transverse ; grosses adénopathies rosées. Côloscopie per-opératoire vers le bout distal : muqueuse normale, sauf au niveau de la région traumatisée par l'aspirateur. Matières liquides et claires. Côlectomie emportant les dix derniers centimètres de grêle, le cõlon droit et la moitié droite du transverse. Péritonisation facile sans drainage. Anastomose iléo-colique termino-terminale en deux plans aux points séparés de nylon. Fermeture de la brèche mésentérique. Paroi nylon. Agrafes.

— *Compte rendu histologique* (Docteur RISTELHUEBER) : grêle macroscopiquement normal. Cæcum dilaté sans pseudo-polypes, à paroi épaisse. Cæco ascendant de calibre normal. Histologie : muqueuse atrophique au niveau du grêle. Lésions de cõlite droite segmentaire subaiguë, sans spécificité histologique. Les lésions de la muqueuse et la sous-muqueuse entrent dans le cadre des lésions observées dans les cõlites ulcéro-hémorragiques à leur phase subaiguë.

Les suites immédiates ont été favorables.

Mais en décembre 1958, réapparition d'un syndrome dysentérique et apparition de lésions nettes de récidence sur la partie gauche du transverse. L'état reste instable avec recrudescence de la diarrhée à l'occasion de chocs émotifs (fami-

(*) M. le Professeur agrégé COMTE. Service de Gastro-Entérologie de l'Hôpital Tenon.

liaux). Le traitement médical est momentanément efficace, puis une nouvelle poussée survient en juillet 1959 avec extension des lésions : le lavement baryté montre une rigidité et un épaississement sans ulcérations visibles sur le segment transverse gauche avec perte du liseré de sécurité débordant sur le descendant. La reprise du processus à partir du moignon d'anastomose se confirme donc et s'étend. Il est probable que la colectomie devra être complétée ultérieurement.

OBSERVATION N° XXVI*

Monsieur LAT... Jean, trente-sept ans

Polypose rectocolique diffuse généralisée.

Anastomose iléo-anale avec circuit.

Le diagnostic est porté après deux années d'épisodes diarrhéiques parfois sanglants.

Le 24 décembre 1953 :

Est pratiquée une rectocôlectomie totale avec anastomose iléo-anale en circuit (Docteur CHAMPEAU). « Médiane large.

1° *Temps abdominal* : il n'est pas difficile d'enlever la totalité du côlon ; par contre, la dissection rectale est très délicate, car les mésos sont gras et friables. Sous péritonisation latérale, on réalise un circuit iléal par implantation iléo-iléale en deux plans lin et catgut. L'anse grêle descend mal. Néanmoins, on arrive sans trop de traction au périnée. La péritonisation est faite exactement, surjet de catgut. Fermeture de l'abdomen sans drainage. Paroi 1 plan aux bronzes.

2° *Temps trans-anal* : on est obligé de réséquer 1 ou 2 cm de muqueuse atteinte de polypose. La muqueuse du canal anal est indemne. Suture latéro-terminale iléo-anale en deux plans, points séparés au fil de lin. A noter que la suture tire un peu. Un drain dans l'anse afférente, un drain trans-anal, un drain rétro-rectal par contre-incision. »

Trois jours après, péritonite. Réintervention :

« Désunion de la cicatrice abdominale. Assez grande quantité de liquide séro-sanglant et purulent dans la grande cavité. Toutes les anses grêles sont en bon état. Le point de départ est sous la péritonisation. On coupe le surjet. Il s'agit d'une petite désunion antérieure de la suture iléo-anale large d'un centimètre environ, et qui a fusé d'abord sous le péritoine, puis intra-péritonéale. Trois mèches, une lame de caoutchouc paroi, un plan aux bronzes. Pénicilline, streptomycine dans le péritoine. »

Décès post-opératoire.

(*) Docteur CHAMPEAU.

OBSERVATION N° XXVII*

Madame LEN... Olga,

R.C.U.H. diffuse.

Anastomose iléo-anale en circuit.

Le 26 janvier 1955 :

Rectocôlectomie totale avec anastomose iléo-anale en circuit. Médiane. La résection du côlon est complète, elle se fait sans difficultés. Les parois coliques sont modérément altérées.

Rectum et recto-sigmoïde assez altérés. Ablation du rectum, la section passant à 4 cm environ au-dessus de l'anus. Section de l'iléon à 10 cm de l'angle iléo-cæcal. La pièce enlevée comporte ainsi tout le côlon, la terminaison de l'iléon et la plus grande partie du rectum. Implantation iléo-iléale, la terminaison du grêle était implantée en termino-latérale 80 cm en amont pour réaliser le circuit. Péritonisation de la brèche mésentérique. L'iléon est attiré à travers l'anus et semble descendre suffisamment. Péritonisation du petit bassin. Fermeture au fil d'acier sans drainage.

Temps trans-anal, de réalisation difficile, car le grêle ne peut être extériorisé. Suture iléo-rectale en deux plans, points séparés de fil de lin. La suture ne tire pas mais a été de réalisation particulièrement ardue. Un drain. Une lame.

Le résultat fonctionnel fut un échec, ayant nécessité le 20 octobre 1955 une suppression de l'anastomose, et établissement d'une iléostomie abdominale terminale avec reconstitution d'un néo-circuit. Par l'ancienne incision, on arrive à libérer le grêle de l'anastomose anale. L'état du grêle est tel que l'on est obligé de réséquer 30 cm. On rétablit un circuit en gardant l'ancienne anastomose iléo-iléale et en implantant le bout proximal en termino-latéral à environ 6 cm de l'extrémité distale. Celle-ci est mise à la peau sur un drain au niveau de l'incision.

Paroi un plan de soie 6. Une lame pour exclure le péritoine. Un drain aspiratif par l'incision en haut.

La malade porte donc une *iléostomie abdominale* définitive.

Aucun élément ne nous permet de dire si l'adjonction de ce circuit améliore le fonctionnement de l'iléostomie.

(*) Docteur CHAMPEAU.

OBSERVATION N° XXVIII*

Madame SPER...

Anastomose iléo-anale en circuit.

Rectocôlite hémorragique diffuse évidente radiologiquement et à la rectoscopie avec confirmation biopsique.

Le 5 avril 1955 :

Cæcostomie.

Le 19 avril 1955 :

Côlectomie totale.

Par voie haute, on arrive à libérer tout le côlon et à descendre jusqu'au périnée. L'ancien anus est libéré sans ennui. Section du rectum au ras du plancher pelvien. Repérage par 4 fils.

On sectionne l'iléon et on fait d'emblée la boucle. Implantation iléo-iléale termino-latérale, surjet 2 plans catgut et lin. L'anse semble bien descendre. Péritonisation aisée et facile grâce à l'utérus. Ligature des trompes. Fermeture paroi catgut 2 et soies. Une lame dans le décollement droit par l'ancienne incision de l'anus. Evagination de l'anus. L'anse est à la peau. Suture facile en deux plans, points séparés. Une lame, une mèche postérieure.

Vers le dixième jour, fistule iléo-vaginale et tableau d'occlusion fébrile, nécessitant une réintervention.

Le 18 mai 1955 :

Médiane sous-ombilicale. On débride des adhérences multiples et charnues avec des micro-abcès pouvant provenir des points de péritonisation. Libération. On suture en particulier l'intestin et on le repéritonise en de multiples endroits, y compris au niveau de l'anastomose iléo-iléale. Deux Mickulicz, un pelvien, un latéral droit. Une mèche. Un drain. Parois soies 6. Décès post-opératoire.

(*) Docteur PINEAU.

CONCLUSIONS

Dans l'état actuel de nos connaissances sur ces deux affections, la confrontation de ces observations avec celles de la littérature nous ont suggéré quelques conclusions de caractère certainement provisoires.

Nous les avons énoncées à la fin de chaque chapitre traitant des différents modes de rétablissement, dans le cadre de la rectocôlite hémorragique et de la polypose rectocolique.

Nous ne ferons donc que rappeler brièvement, pour terminer, les quelques notions générales auxquelles cette étude nous a conduit :

1° La rectocôlite ulcéro-hémorragique et la polypose rectocolique nécessitent des *exérèses côlo-rectales étendues mais non incompatibles* avec le rétablissement de la continuité intestinale et la conservation de la *fonction sphinctérienne*.

Ces interventions conservatrices présentent plusieurs *modalités*, ce sont :

- au minimum, l'anastomose côlo-colique après résection segmentaire ;
- au maximum, l'iléo-anostomie après côlo-proctectomie totale.

2° Dans le cadre de la *rectocôlite ulcéro-hémorragique*, l'étendue de l'exérèse est dictée par celle des lésions. Ce sont les atteintes rectocoliques diffuses qui soulèvent le plus de difficultés.

- Lorsque le rectum est supprimé, seule l'*iléo-anostomie* reste possible parmi les interventions à visée fonctionnelle. Mais ses résultats, sauf quelques rares exceptions, sont trop décevants pour qu'on puisse la conseiller.
- L'anastomose *iléo-rectale*, par contre, semble satisfaisante et ses indications, en fonction de l'état du rectum, font l'objet de discussions.
- La *bascule du côlon droit*, suivie d'abaissement côlo-anal, offre des possibilités de conservation fonctionnelles intéressantes. Cette méthode est d'acquisition relativement récente.

3° Dans le cadre de la *polypose rectocolique*, le risque de dégénérescence maligne commande de renoncer aux exérèses limitées au profit de la *côlectomie totale*. L'anastomose *iléo-rectale* est possible lorsque le rectum peut être débarrassé de ses polypes. Sinon, l'*iléo-anostomie* est encore l'ultime solution, mais ses risques ne nous paraissent pas moindre dans le cadre de la polypose que dans celui de la rectocôlite ulcéro-hémorragique.

4° Les indications de ces interventions conservatrices ne doivent être posées qu'avec une certaine modération. Une juste sélection des malades et une surveillance post-opératoire régulière sont nécessaires.

Ces réserves faites, le souci de la conservation de la fonction sphinctérienne nous paraît devoir être au premier plan des perspectives chirurgicales de la rectocôlite ulcéro-hémorragique et de la polypose rectocolique.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MOULONGUET

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE *

- ALLAINES (F. D'). — Sur la polypose rectocolique. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1950, 39, 475-476.)
- AYLETT (S.). — Total colectomy and ileo-rectal anastomosis as the treatment of choice in ulcerative colitis, p. 597. (In *Acta Chir. Belgica*, n° de septembre 1959; Conclusion et Discussion du XIII^e Congrès Belge de Chir., juin 1959.)
- The surgery of diffuse ulcerative colitis including review 100 cases of ulcerative colitis. (*Postgraduate M.J.*, London, février 1959, 35, 400.)
 - Conservative surgery in the treatment of ulcerative colitis. (*British M.J.*, 1953, 4.850, 1348-1351.)
 - Ulcerative colitis treated by total colectomy and ileorectal anastomosis. (*Brit. M.J.*, 1955, 4.921, 1060-1062.)
 - Total colectomy and ilearectal anastomosis in diffuse ulcerative colitis. (*Brit. M.J.*, 1957, 5.017, 489.)
 - Anastomose iléo-ano-rectale pour polypose multiple du côlon et du rectum. (*Proceeding of the Royal Society of Medicine*, 1952, 45, n° 5, 394-396.)
- BERGERET (B.), BRETON et FALLOT. — Rectocôlectomie totale pour rectocôlite hémorragique avec polypose inflammatoire. (*Arch. Mal. App. Digest.*, 1950, 39, 393-394.)
- BERTRAND (P.), FRANCILLON (J.), GABRIELLE (C.). — Rectocôlite hémorragique à évolution grave. Côlectomie totale. (*Lyon Chirurgical*, juillet 1957, 53, 561.)
- BERTRAND (P.), FRANCILLON (J.). — Etat actuel des possibilités chirurgicales dans le traitement de la rectocôlite ulcéro-hémorragique. (*Annales de Chirurgie*, juillet 1957, II, 949-956.)
- BEST (R.R.). — Evaluation of ileoproctostomy to avoid ileostomy in various colon lesions. (*J. Am. Med. Ass.*, 18 octobre 1952, 150, 637-642.)

(*) Pendant l'impression de cette thèse, ce sujet vient d'être porté à la Tribune de l'Académie de Chirurgie par MM. J. MIALARET et A. BUSSON: « A propos du rétablissement de la continuité après colectomie subtotale pour rectocôlite ulcéreuse ou hémorragique » (*M.A.C.*, T. 86, n^{es} 10 et 11, p. 300) et discussions en cours.

- BROOKE (B.N.). — The surgery of ulcerative colitis. (*Annals Roy. Coll. Surg. Engl.*, 1951, 8, 6, 440-456.)
- Ulcerative colitis and its surgical treatment. (1 vol., Londres, E.S. Livingstone éd., 1954.)
 - Outcome of surgery ulcerative colitis. (*Lancet*, 1956, II, 2, 532-536.)
 - Follow up of 126 patients operated on for ulcerative colitis. (*Internat. Congress of Gastroenterology*, Londres, juillet 1956.)
- BUSSON (A.). — Indications opératoires dans la rectocôlite muco-hémorragique. (*Médecine et Hygiène*, 1956, 339-371.)
- CATTAN, CHAMPEAU, BLOCH, LAROQUE et CARASSO. — R.C.H. grave traitée par colectomie totale avec abouchement de l'iléon à l'anus. (*Arch. Mal. App. Digest.*, 1952, 41, 5, 523-524.)
- CATTEL (R.B.). — Surgical treatment of chronic ulcerative colitis. (*Amer. Surg.*, 1953, 86, 5, 613-616.)
- CHAMPEAU (M.). — Rectocôlectomies totales. Iléo-anoplasties en circuit. (*Arch. Ital. Sci. Méd. Trop.*, 1955, 36, 9, 489-497.)
- Technique nouvelle du rétablissement de la continuité après colectomie totale et ablation de l'ampoule rectale. (*Arch. Mal. App. Digest.*, 1952, 41, 5, 504-508.)
- CHARRIER (J.), LOYGUE (Cl.), POLONY et LÉVY (E.) (Paris). — A propos du traitement chirurgical des rectocôlites. (*Arch. Mal. App. Dig.*, 1955, 44, I, 41-59.)
- COLEMAN (S.T.), ECKERT (C.). — Conservation du rectum dans la polypose familiale du côlon et du rectum. (*Arch. of Surgery*, octobre 1956, 73, 635-644.)
- COURRIADES (M.). — La bascule de l'hémicôlon droit dans la chirurgie du côlon gauche et du rectum. (*M.A.C.*, 4 juin 1958, t. 84, n° 18, p. 545, rapport de Mialaret.)
- COURTOIS-SUFFIT. — Polypose rectocolique diffuse familiale. (*Encyclopédie Médico-Chirurgie*, « Estomac », « Intestin », février 1958.)
- COUNSELL (P.), BRIAN et LOCKART-MUMMERY (H.E.). — Ileostomy. Assessment of disability management. (*Lancet*, 1954, I, 113-117.)
- DELANNOY (E.). — A propos du traitement chirurgical de la rectocôlite hémorragique. (*Mars. Chir.*, 1955, 7, 3, 237-248.)
- DELANNOY (E.) et PARIS (J.). — Rectocôlite hémorragique grave. Côlo-proctectomie totale en un temps après iléostomie. Considérations thérapeutiques. (*Arch. Mal. App. Digest.*, 1954, 43, 5, 537-543.)
- DELANNOY (E.) et MARTINOT (M.). — Le traitement chirurgical de la rectocôlite ulcéro-hémorragique. (Masson et Cie éd., 1957, Bibliogr.)
- A propos du traitement chirurgical de la R.C.H., p. 645. (In *Acta Chir. Belgica*, n° de septembre 1959 ; Conclusion et Discussion du XIII^e Congrès Belge de Chir., juin 1959.)

- DELOYERS (L.). — Le traitement chirurgical de la cõlõte ulcõreuse segmentaire ou totale doit tendre, aprõs rõsection à la conservation du sphincter anal. Relation de divers procédõs. (*Lyon Chirurgical*, novembre 1957, I, 53, 813-822.)
- DUKES (C.E.) et LOCKHART-MUMMERY (H.E.). — Traitement chirurgical de la cõlõte ulcõreuse. (*British Journal of Surgery*, juillet 1957, 45, 189.)
- DELOYERS (L.) (Bruxelles). — Artifice technique permettant d'assurer facilement la continuitõ colique et la conservation du sphincter, aprõs exõrõse de l'hõmicõlo, transverse gauche et de tout le cõlon gauche (rectum õventuellement y compris). (*J. de Chir.*, fõvrier 1958, 75, 2.)
- DEVINE (J.) et WEBB (R.) (Melbourne). — Rõsection de la muqueuse rectale, cõlectomie et ilõostomie trans-anales avec continence normale. (*Surgery Gyn. Obst.*, avril 1951, 92, 437-442.)
- DELMAS (J.), LAUX (G.). — Anatomie mõdico-chirurgicale du systõme nerveux võgõtatif. (Paris, Masson et Cie.)
- DENNIS (C.) et KARLSON (K.E.). — Surgical operation in idiopathic ulcerative colitis. (*Minnesota Med.*, 1954, 37, 9, 641-643.)
- Minimisation of risk and disability in idiopathic ulcerative colitis. (*Amer. J. Surg.*, 1955, 90, 5, 761-766.)
- DEVINE (J.), WEBB (R.). — Resection of the rectal mucosa, colectomy and anal ileostomy with normal continence. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1951, 92, 437-442.)
- DUKES (C.E.). — The surgical pathology of ulcerative colitis. (*Ann. Royal Coll. Surg. Engl.*, 1954, 14, 6, 389-400.)
- DUKES (C.E.), LOCKHART-MUMMERY (H.E.). — Traitement chirurgical de la cõlõte ulcõreuse. (*British J. of Surg.*, juillet 1957, 45, 189.)
- DUPREZ (A.) et GÕRARD (J.). — Place de la chirurgie dans le traitement de la R.C.U.H. (*Acta Chirurgica Belgica*, 13-14 juin 1959; — XIII^e Congrès Belge de Chirurgie.)
- FIGARELLA (J.). — Nõcessitõs, possibilitõs et limites chirurgicales actuelles dans les rectocõlõtes ulcõreuses graves. (*Journ. de Chir.*, 1955, 71, 3, 197-217.)
- GABRIELLE (C.). — Conceptions actuelles du traitement chirurgical de la rectocõlõte ulcõreuse et hõmorragique. (*Thèse*, Lyon, 1957, Bibliogr.)
- GARBAY. — Ilõostomie. Crõation, appareillage et entretien. (*Annales de Chirurgie (Sem. Hõp.)*, 1955, 31, 4, 245-247.)
- GARLOCK (J.H.) et LYONS (A.S.) (New York). — The role of surgery in the therapy of ulcerative colitis. (*Gastroenterology*, 1954, 26, 5, 700-722.)
- GARLOCK (J.H.), KIRSCHNER. — The prevention of ileostomy dysfunction. (*Surgery*, 1956, 40, 4, 679-690.)

- GASTON (E.A.). — La physiologie de la continence fécale. (*Surgery Gyn. Obst.*, 1948, 87, 280.)
- La continence fécale après résection des différentes portions du rectum avec préservation des sphincters de l'anus. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1948, 87, 669.)
- GASTON (E.A.) (Flamingham). — Bases physiologiques de la continence fécale après résection du rectum. (*The J.A.M.A.*, août 1951, 146, 1486-1489.)
- GILBERTAS et BLANCHARD. — Rectocôlite traitée par colectomie totale et reconstitution d'un néo-rectum par plastie iléale. (*Arch. Mal. App. Dig.*, mars 1957, 46, 236-243.)
- GOLIGHER (J.C.) et HUGUES (E.S.R.). — Sensibilité du côlon et du rectum. Son rôle dans le mécanisme de la continence anale. (*Lancet*, mars 1951, 260, 6654.)
- GOLGHER (J.C.). — Surgical treatment of ulcerative colitis, p. 627. (In *Acta Chir. Belgica*, n° de septembre 1959 ; Conclusion et Discussion du XIII^e Congrès Belge de Chir., juin 1959.)
- HILLEMAND (P.), VERNE (J.M.), LEBOUIC et FAIVRE (Paris). — Rectocôlite hémorragique et cancer. (*Arch. Mal. App. Digest.*, 1955, 44, 5, 577-582.)
- LADURON (E.). — Quatre observations d'hémicôlectomie droite avec iléostomie terminale pour rectocôlite hémorragique. (*Mém. Acad. Chir.*, 1956, 82, 22-23-24.)
- LAMBLING (A.) et BERNIER (J.J.). — Les formes graves de la R.C.H. (colique ulcérate). Les indications du premier traitement chirurgical. (*Sem. Hôp.*, 1956, 32, 17, 2, SP. 53-61.)
- LILLEHEI (R.C.). — Résultats de la colectomie subtotal et totale dans le traitement du cancer et des polypes multiples du côlon. (*Surgery Gyn. Obst.*, mars 1958, 106, 288-292.)
- LOCKHART-MUMMERY (H.E.), DUKES (C.E.), BUSSEY (H.J.R.). — Traitement chirurgical de la polyposé colique familiale du côlon. (*The British Journal of Surgery*, mars 1956, 43, 476-481.)
- LOYGUE (J.) et LÉVY (E.T.). — Les rectocôlites graves et leur traitement. (*Ann. Chir. Sem. Hôp.*, 1955, 31, 9, 569-575.)
- LOYGUE (J.). — Le rétablissement de la continuité intestinale après colectomie gauche. Conclusion de la discussion. (*M.A.C.*, 5 novembre 1958, t. 84, n° 27, p. 874.)
- LOYGUE (J.), FLORENT (R.) et GOT (R.). — Lésions de l'intestin grêle au cours des rectocôlites ulcéreuses et hémorragiques. (*M.A.C.*, 28 mai 1958, t. 84, n° 17, p. 528.)
- LOYGUE (J.) et LÉVY (E.T.). — Les indications du traitement chirurgical de la R.C.U.H., p. 619. (In *Acta Chirurgica Belgica*, n° de septembre 1959 ; Conclusions et discussions du XIII^e Congrès Belge de Chir., juin 1959.)

- MARCHAL (G.). — L'appareil neuro-musculaire de l'intestin terminal. Les mécanismes de la continence anale et de l'évacuation rectale. (*Thèse*, Montpellier, 1951.)
- MARCHAL (G.) et VICHE (M.). — Innervation du sphincter externe de l'anus. (*Montpellier Médical*, octobre 1954, 97, 133-134.)
- MAYO (Ch.W.), DEWEERD (J.H.), JACKMAN. — Polypose familiale diffuse du côlon. (*Surgery Gyn. Obst.*, juillet 1951, 93, 87-96.)
- MAYO (Ch.W.), FLY (O.A.), CONNELLY (M.E.). — Le devenir du segment rectal restant après colectomie subtotala pour colite ulcéreuse. (*Ann. Surg.*, octobre 1956, 144, 753-757.)
- MAYO (Ch.W.), BRODERS (C.W.). — Les résultats de la colectomie subtotala et de l'iléo-rectostomie dans le traitement de la colite ulcéreuse chronique. (*Surg. Gyn. Obst.*, février 1957, 104, 180-182.)
- MIALARET (J.). — A propos du traitement de la polypose rectocolique généralisée. (*Mém. Ac. Chir.*, juin 1955, 81, 553-560.)
- Colectomie totale pour colite ulcéreuse. (*Mém. Ac. Chir.*, 1957, 83, 21-22.)
 - Polypose rectocolique généralisée chez un homme de vingt-cinq ans traitée par colectomie totale et amputation du rectum avec iléostomie abdominale terminale en un temps. (*Mém. Ac. Chir.*, 1955, 81, 214.)
 - La rectocolite muco-hémorragique. Traitement chirurgical. Actualités médico-chirurgicales. Paris, Masson et Cie, 1958.
 - A propos de la bascule de l'hémicôlon droit dans la chirurgie du côlon droit et du rectum. *M.A.C.*, 12 novembre 1958, t. 84, n° 28, p. 878.
- MICHAEL (R.), DEDDISH et HERTZ (Ralph. E.). — Coloscopie dans le traitement de la polypose colique. (*Surg. Clin. N. Am.*, 1957, 37, 1287.)
- MONGES (J.), VERNEJOLLE (R. DE) et MONGES (H.). — Sur un cas de rectocolite hémorragique traitée par colectomie totale. (*Arch. Mal. App. Digest.*, 1953, 42, 5, 729-731.)
- MOUSSEAU et FERRON. — Deux cas d'iléostomie terminale avec colectomie en un temps pour colite ulcéreuse chronique. (*Mém. Aca. Chir.*, 1956, 81, 1-2-3, 42-47.)
- NATAF (R.). — Le traitement actuel de la rectocolite hémorragique. *Thèse*, Paris 1957.
- NEUMAN (H.W.), BARGEN (J.A.), JUDD (E.S. jr.). — A clinical study of two hundred one cases of regional (segmental) colitis. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1954, 99, 5, 563-571.)
- POLONY (Cl.). — Remarques cliniques et thérapeutiques à propos des rectocolites hémorragiques graves. Bibliographie. *Thèse*, Paris 1953, n° 656.
- QUENU (J.), PERROTIN (J.). — Traité de technique chirurgicale ; abdomen. Paroiss. Tube digestif. (2^e édition, Paris, Masson et Cie, 1955.)

- RACHET (J.), BUSSON (A.). — Maladies de l'intestin. (Paris, Flammarion éd. 1955.)
- RAVEN (R.W.). — Total colectomy and anterior resection of the rectum with ileo-rectal anastomosis; a one stage operation for ulcerative colitis. (*Brit. J. Surg.*, 1955, 43, 179, 297-301.)
- RAVITCH (M.M.), SABISTON (D.C.). — Iléostomies anales avec préservation du sphincter. (*Surg. Gyn. Obst.*, 1947, 84, 1904-1099.)
- Iléostomie anale avec conservation du sphincter chez des malades où la colectomie totale est faite pour des lésions bénignes. (*Surgery*, 1948, 24, 170-179.)
- Colectomie totale et résection abdomino-périnéale (par colectomie) en un temps. (*Ann. Surg.*, octobre 1956, 144, 758-767.)
- RIPSTEIN (C.B.), MULLER (G.G.), GARDNER (C.M.). — Results of the surgical treatment of ulcerative colitis. (*Ann. Surg.*, 1952, 135, 14-21.)
- RIPSTEIN (C.B.). — Primary resection of the colon in acute ulcerative colitis. (*J. Am. Med. Ass.*, 1953, 152, 12, 1093-1095.)
- ROSENQUIST (H.). — Ulcerative colitis and carcinoma coli. (*Lancet*, may 2 1959, I, 906-908.)
- ROUX (M.), CARCASSONNE (F.). — Les cancers du côlon. (Paris, Masson éd., 1955.)
- ROUX (G.), MARCHAL (G.). — Les impératifs techniques dans la conservation intégrale de la fonction ano-rectale (amputation abdomino-trans-rectale). (*Société Chir.*, Lyon, 4 juin 1953.)
- ROUX (G.), MARCHAL (G.), BAUMEL (H.). — Iléo-ano-plastie après colectomie totale pour polypose rectocolite généralisée. (*Soc. Chir.*, Marseille 1956, 8, 490-497.)
- RUPERT (S.), CORBETT. — Ileo rectal anastomosis in the treatment of ulcerative colitis. (*Am. J. Surg.*, novembre 1958, 96, 5, p. 684.)
- SCHNEIDER (S.). — Anal ileostomy. Experiences with a new three stage procedure. (*Arch. of Surg.*, 1955, 70, 4, 539-544.)
- Iléostomie anale. (*Arch. Surg.*, 1956, 144, 758.)
- SHITH (W.G.), JACKMANN (R.J.). — Polypose du gros intestin. Conservation du segment terminal. (*The Amer. Jour. of Surgery*, novembre 1955, 90, 751-760.)
- SOUPAULT (R.). — Traitement de la polypose rectocolique diffuse. In : actualités hépato-gastro-entérologiques de l'Hôtel Dieu. Intestin grêle. Colon. Rectum. Masson, 1955.
- SOUPAULT (R.), CATTAN (R.), BUCAILLE (M.). — L'électrocoagulation du cerveau préfrontal dans le traitement de la rectocolite ulcéro-hémorragique. (*Mém. Aca. Chir.*, 1956, 82, 27-28, 855-861.)

- TEICH-ALASIA (Turin) . — Sur une modalité de colectomie totale pour polypose rectocolique avec anus périéanal continent de l'iléon. (*Min. Chir. An.*, 31 mai 1955, 10, n° 10, 476-482, 9 fig.)
- THOMERET (G.). — Sur les colectomies en un temps. (*Mém. Ac. Chir.*, 1954, 80, 896-898.)
- A propos de la bascule de l'hémicôlon droit dans la chirurgie du côlon gauche et du rectum. (*M.A.C.T.*, 18 février 1959, 85, n° 6, p. 186.)
- TURNBULL (R.R.), CRILLE (G.). — Mucosal grafted ileostomy in the surgical treatment of ulcerative colitis. (*J.A.M.A.*, 7 mai 1955, 158, n° 1, 32-34, 3 fig.)
- VALIENTE (M.A.), BACON (H.E.). — Construction d'une poche en employant le "pantalon technic" pour permettre le passage de l'iléon après colectomie totale. (*The Amer. Jour. of Surg.*, novembre 1955, 90, 742-750.)
- VIDAL (J.). — Coloprotectomie totale ou partielle continente avec abaissement trans-sphinctérien. (*Thèse*, Montpellier, 4 novembre 1948.)
- WEISS (A.G.), HOLLENDER (L.). — Deux cas de polypose recto-colique généralisée opérés et suivis. (*Arch. Mal. App. Digest.*, 1956, 45, 59-70.)
- WELTI (H.). — Sur la polypose recto-colique. (*Mém. Aca. Chir.*, 1955, 81, 874-875.)
- Chirurgie du côlon. Masson et Cie, 1960.
- ZAGDOUIN, SIMONI, BERTHET. — La place de la colectomie totale ou subtotalé dans le traitement de la polypose colique disséminée. (*Mém. Aca. Chir.*, mai 1954, 80, 469-473.)
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
CHAPITRE I : Techniques du rétablissement de la continuité intestinale après exérèses coliques ou colorectales	18
— Généralités	18
— Les différents modes de rétablissement de continuité intestinale	19
CHAPITRE II : Le rétablissement de la continuité intestinale après exérèses colo- rectales dans le cadre de la rectocolite ulcéro-hémorragique	41
— Proctocolectomie totale et iléo-anostomie	41
— Colectomie totale et anastomose iléo-rectale sur rectum malade	47
— Anastomoses iléo-rectales ou iléo-sigmoïdiennes sur rectum ou sigmoïde sain	53
— Les exérèses moins étendues	58
CHAPITRE III : Rétablissement de continuité intestinale après exérèses colo- rectales dans le cadre polypose rectocolique	63
— Généralités	63
— Colectomie totale suivie d'anastomose iléo-rectale avec contrôle des polypes rectaux par électrocoagulation	64
— Coloproctectomie et rétablissement iléo-anal	68
— Hémicolectomie ou colectomie segmentaire	71
CHAPITRE IV : Résultats	74
— Mortalité. Résultats fonctionnels	74
— Complications	76
CHAPITRE V : Observations	79
CONCLUSIONS	121
BIBLIOGRAPHIE	123

